

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person







Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum: 01.01.1990
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Arbeitnehmer/in
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.01.2025
Tarifarten: Krankenvollversicherung
Krankentagegeld 200 € ab 43. Tag

Vorgeschlagene Tarife

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

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
	einsA expert+ 1 PVN T42+	1.142,26 €
	GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	779,71 €
	GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	912,07 €
	AM12 S1 Z9 PPN TA 6	868,54 €
	GUP500 PVN KTA43	928,40 €
	MedBest 300 PVN KTV42	738,88 €

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.

					
einsA expert+ 1 858,72 €	GVARIO 400 - 509,61 €	GSB90 552,35 €	AM12 385,05 €	GUP500 674,17 €	MedBest 300 543,75 €
<p>Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 100% Psychotherapie</p> <p>Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung</p> <p>Zahn: 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz 90% Kieferorthopädie</p> <p>Selbstbehalt p. a.: - bis 31.12.2024: 300 EUR - ab 01.01.2025: 330 EUR - bis 31.12. des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird: jeweils hälftig</p> <p>AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0123 DT + Teil III_K 4610 0125 DT</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2025</p>	<p>Kompakttarif GesundheitVARIO 400: - ärztliche Leistungen, Heilpraktiker, Psychotherapie: 100% - Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt): 100% - Zahnbehandlung (inkl. Inlays): 100% - Zahnersatz: 70% - Kieferorthopädie: 100%</p> <p>20% SB, bis max. 400 EUR p. a. für den ambulanten Bereich (Kinder/Jugendliche hälftig)</p> <p>Ergänzungsbausteine VARIO AmbulantPlus, KlinikPlus, ZahnPlus hinzuversicherbar</p> <p>Teil I, AVB/VV - Stand: 01.04.2023, SAP-Nr.: 339066, 04.2023 Teil II, Tarif GesundheitVARIO, Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 341440, 02.2023</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2023</p>	<p>Kompakttarif für ambulante und stationäre Leistungen MeinGesundheitsschutz Best 70 plus Zusatzabsicherung nach Tarif Upgrade auf Best 90</p> <p>- ärztliche Leistungen, Psychotherapie: 100% - Heilpraktiker: 100%, max. 2.000 EUR p. a. - nicht verordnete Arzneimittel: 100 EUR p. a. - Regel- und Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt/Belegarzt): 100%</p> <p>durch die Zusatzabsicherung reduziert sich die Selbstbeteiligung von 30%, max. 1.500 EUR p. a. auf 10%, max. 500 EUR p. a.</p> <p>Versicherungsbedingungen_B5U210000 (01) 05.24 Sonderbedingungen "Upgrade auf" _B5U252000 (01) 05.24</p> <p>Beitragsstand: 01.05.2024</p>	<p>Ambulanter Tarif mit 20% Selbstbeteiligung, max. 480 EUR p.a. (hälftige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird)</p> <p>AVB, Teil IIa_Stand: 01.01.2022_1.567ba/01.22</p> <p>Neukunden ab Alter 56: zusätzlicher ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2025</p>	<p>Kompakttarif GesundheitsUpgrade Premium, Tarifstufe GUP500</p> <p>- ärztliche Leistungen, Psychotherapie: 100% - Heilpraktiker (auch Hufeland): 100%, max. 2.000 EUR p. a. - nicht verordnete Arzneimittel: 100 EUR p. a. - Regel- und Wahlleistungen (1-/2-Bettzimmer, Wahlarzt/Belegarzt): 100% - Zahnbehandlung, Prophylaxe/PZR: 100% - Bleaching: bis 300 alle 3 Jahre - Zahnersatz, Inlays, Implantate, Gnathologie (einschl. Aufbissbehelfe/Schienen): 100% - schmerzlindernde Maßnahmen: 100% - KFO, bis Alter 20 (altersunabhängig bei Unfall / schwerer Erkrankung): 100%</p> <p>pauschale SB von 500 EUR p. a. (bis Alter 20 hälftig)</p> <p>AVB_Teil I (AVB/KKV GU)_(LKH 1-56 12.24) AVB, Teil II (Tarif GesundheitsUpgrade Premium) _Stand 01.12.2024</p> <p>Beitragsstand: 01.12.2024</p>	<p>Kompakttarif MedBest (Leistungsstufe MB300)</p> <p>- ärztliche Leistungen: 100% - Heilpraktiker: 100%, bis 2.000 EUR p. a. - Regel- und Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt/Belegarzt): 100% - Zahnbehandlung (inkl. Inlays): 100% - Zahnersatz und Kieferorthopädie: 90%</p> <p>- garantierte Pauschalerstattung von 600 EUR p. a. (Kinder/Jugendliche: hälftig)</p> <p>300 EUR Selbstbehalt/SB p.a. auf den gesamten Tarif (Kinder/Jugendliche: hälftig)</p> <p>Bedingungsheft Unisex_AVB Teil I-III, Stand 1.2022_A839 1.2022</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2025</p>

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
	<p>VARIOAmbulant+ 18,76 €</p> <p>VARIO AmbulantPlus, ambulanter Ergänzungsbaustein zum Tarif GesundheitVARIO</p> <p>100% Erstattung der (Rest)kosten (für):</p> <ul style="list-style-type: none"> - die über die GOÄ-Höchstsätze hinausgehen - refraktive chirurgische Verfahren - Sehhilfen, bis 500 EUR alle 2 Jahre - Hör- und Tinnitusgeräte - Vorsorgeuntersuchungen, bis 200 EUR p. a. (wenn keine Erstattung aus GesundheitVARIO erfolgt) - verschreibungspflichtige Verhütungsmittel/nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva (bis Alter 21) - hauswirtschaftliche Versorgung, bis 80 EUR tgl. für max. 28 Tage p. a. sowie - 50% aus max. 600 EUR p. a. für Prävention und Gesundheitsförderung <p>Teil I, AVB/VV - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 Teil II, Tarif VARIO AmbulantPlus - Stand: 24.02.2020, SAP-Nr.: 342054, 02.2020</p> <p>Beitragsstand: 01.07.2024</p> <p>VARIOKlinik+ 43,96 €</p> <p>VARIO KlinikPlus, stationärer Ergänzungsbaustein zum Tarif GesundheitVARIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1- oder 2-Bettzimmer - wahlärztliche Leistungen (auch über GOÄ-Höchstsätze hinaus) - belegärztliche Leistungen (> 3,5-fach) - ambulante Operationen (> 3,5-fach) - E-KHT <p>Teil I, AVB/VV - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 Teil II, Tarif VARIO KlinikPlus - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 341444, 12.2019</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2020</p>	<p>GSZ100 134,99 €</p> <p>Tarif für zahnärztliche Leistungen MeinGesundheitsschutz Zahn 100</p> <p>100%:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnbehandlung (inkl. Prophylaxe/PZR) - Bleaching: bis 150 EUR alle 2 Jahre - Zahnersatz, Inlays, Implantate, Gnathologie (einschl. Aufbissbehelfe/Schienen) - schmerzlindernde Maßnahmen - KFO, bis Alter 20 (altersunabhängig bei Unfall / schwerer Erkrankung) <p>Versicherungsbedingungen_B5U230000 (01) 05.24</p> <p>Beitragsstand: 01.05.2024</p>	<p>S1 186,06 €</p> <p>Stationärer Tarif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regel- und Wahlleistungen (1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt, Belegarzt) <p>Beitragsstand: 01.01.2025</p> <p>Z9 86,32 €</p> <p>Zahntarif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 90% - Kieferorthopädie: 90% <p>Beitragsstand: 01.01.2025</p>		

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

													
		VARIOZahn+ 9,01 €											
		VARIO ZahnPlus, Ergänzungsbaustein Zahn zum Tarif GesundheitVARIO: - Zahnersatz: 90% abzgl. Vorleistung aus Tarif GesundheitVARIO (auch über GOZ-/GOÄ-Höchstsätze hinaus) - Zahnbehandlung und Kieferorthopädie (> 3,5-fach) Teil I, AVB/VV - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 339066, 12.2019 Teil II, Tarif VARIO ZahnPlus - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 341446, 12.2019 Beitragsstand: 01.01.2020											
Gesetzlicher Zuschlag:	85,87 €	Gesetzlicher Zuschlag:	58,13 €	Gesetzlicher Zuschlag:	68,73 €	Gesetzlicher Zuschlag:	65,74 €	Gesetzlicher Zuschlag:	67,42 €	Gesetzlicher Zuschlag:	54,38 €		
PVN	65,67 €	PVN	65,84 €	PVN	66,80 €	PPN	65,37 €	PVN	66,49 €	PVN	66,95 €		
Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023		Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023		Pflegepflichtversicherung Beitragsstand: 01.01.2023		Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023		Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023		Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023			
T42+	132,00 €	KT-AN 43	74,40 €	KTA7W	89,20 €	TA 6	80,00 €	KTA43	120,32 €	KTV42	73,80 €		
Krankentagegeld ab dem 43. Tag Berechnetes Krankentagegeld: 200,00 € Beitragsstand: 01.01.2023		Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer Tarif nur mit PKV Voll bei der BBKK/UKV abschließbar/versicherbar (bei Kündigung wg. GKV-Pflicht/BAP bleibt Versicherungsfähigkeit erhalten) Teil I, AVB/KT-V - Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 341196, 12.2019 Teil II, Tarif KT-AN, Stand: 01.01.2020, SAP-Nr.: 341201, 12.2019 Berechnetes Krankentagegeld: 200,00 € Beitragsstand: 01.01.2020		Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer AVB: B45129900Z0 + B4U1388N0Z0_01.21 - Januar 2021 Berechnetes Krankentagegeld: 200,00 € Beitragsstand: 01.01.2022		Krankentagegeld ab dem 43. Tag. Sofern Tarif TA nicht mit einem Krankheitskostentarif zusammen besteht, erhöht sich der Beitrag um 40%. max. versicherbarer Tagessatz: 400 EUR Berechnetes Krankentagegeld: 200,00 € Beitragsstand: 01.01.2018		Krankentagegeld ab dem 43. Tag Tarif für Arbeitnehmer AVB/KTA/KTS_(LKH 1-57 12.24) AVB Tarif KTA, Teil II_Stand 01.12.2024 Berechnetes Krankentagegeld: 200,00 € Beitragsstand: 01.12.2024		Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer und Selbstständige Tarif nur mit PKV Voll bei der ARAG abschließbar/versicherbar AVB: Teil I (MB/KT 2009), Teil II (TB/KT 2019)), Teil III (Tarifbeschreibung)_A 839 10.2019 VR bietet auch noch KTV70 und KTV133 an, Beiträge/Angebote bitte dort erfragen (in L9 zzt. nicht darstell./rechenbar) Berechnetes Krankentagegeld: 200,00 € Beitragsstand: 14.10.2019			
Gesamtbeitrag mtl.:	1.142,26 €		779,71 €		912,07 €		868,54 €		928,40 €		738,88 €		
Arbeitnehmeranteil mtl.:	660,16 €		389,86 €		456,04 €		434,27 €		464,20 €		369,44 €		
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	687,66 €		423,19 €		497,70 €		474,27 €		505,87 €		394,44 €		























































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

Analyse Krankenversicherung

Übersicht der Leistungsstärke


Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die Leistungsstärke der angezeigten Tarife geben.


Die Darstellung der Leistungsstärke basiert auf einer subjektiven Bewertung durch den Hersteller der Analysesoftware Levelnine und kann eine individuelle Beratung hinsichtlich der Eignung eines Produktes nicht ersetzen.

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Selbstbehalt p.a.:	330,00 €	400,00 €	500,00 €	480,00 €	500,00 €	300,00 €
SB Art *:	ASZ	A %	AS %	A %	ASZ	ASZ
Arbeitnehmeranteil:	660,16 €	389,86 €	456,04 €	434,27 €	464,20 €	369,44 €
Effektivbeitrag **:	687,66 €	423,19 €	497,70 €	474,27 €	505,87 €	394,44 €
Erfüllungsgrad						
Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	6 von 6	6 von 6	6 von 6	6 von 6	6 von 6	6 von 6
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	90 %	90 %	100 %	90 %	100 %	90 %
Kieferorthopädie	90 %	100 %	100 %	90 %	100 %	90 %

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.



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	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Selbstbeteiligung (SB)							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	✔	330,00 € ⚠ <small>Hinweis: bis 31.12.2024: 300 EUR</small>	400,00 €	500,00 €	480,00 € ⚠ <small>Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherten bezogen werden.</small>	500,00 €	300,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		330,00 € ⚠ <small>Hinweis: bis 31.12.2024: 300 EUR</small>	400,00 €	250,00 €	480,00 €	500,00 €	300,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)			✔		✔		
- SB prozentual (bzw. keine SB)			✔	✔	✔		
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)	✔	✔ ⚠ <small>Hinweis: bis 31.12.2024: 150 EUR</small>	✔		✔	✔	✔
- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf SB angerechnet		✔	✔	✔	✔ ⚠ <small>Hinweis: Vorsorgeuntersuchungen (und Schutzimpfungen) bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR p. a. werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).</small>	✔	✔
- Schutzimpfungen werden nicht auf SB angerechnet		✔	✔	✔	✔ ⚠ <small>Hinweis: (Vorsorgeuntersuchungen und) Schutzimpfungen bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR p. a. werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).</small>	✔	✔
Haus-/Primärarztprinzip							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?		✔	✔	✔	✔	✔	✔
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung		✔	✔	✔	✔	✔	✔
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant































	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Kundenwünsche:							
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)							
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)							
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
Heilpraktiker							
Heilpraktiker			 		 	 	
			Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.		Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	Hinweis: max. 10 psychotherapeutische Sitzungen p. a. (ab der 11. Sitzung ist ein Arzt oder nichtärztlicher Psychotherapeut in Anspruch zu nehmen) Osteopathie und Chiropraktik sind erstattungsfähig, wenn sie von einem dafür ausgebildeten Heilpraktiker erbracht werden.	
- xx % Erstattung		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	2.000,00 €	1.000,00 € 	2.000,00 € 	2.000,00 €
					Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie Digitale Gesundheitsanwendungen fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.	Hinweis: anteilige Erstattung bei unterjährigem Beginn	
- mind. bis Höchstsatz GebÜH							
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebÜH hinaus)							
				Hinweis: Die Leistung ist nicht!!! auf die in den AVB beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebÜH aufgeführt sein.			
- alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte							
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme			 		 		
			Hinweis: Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte werden bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr zu 100% erstattet, sofern sie nicht bereits nach dem Tarif GesundheitVARIO erstattet werden.		Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränataldiagnostische 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).		
- Schutzimpfungen							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant











































































	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- keine pauschalen Beschränkungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kein tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis/keine Anlehnung an Beihilfe		✓			✓		✓
- Auch keine sonstige Begrenzung (z. B. auf (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)		✓					✓
- Logopädie durch Logopäden		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- offener Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- mindestens funktionale Standardausführung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis		✓	✓	✓	✓	✓	
- Atemmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Hör-/Sprechgeräte		✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓ ⚠	✓ ⚠	✓
			Hinweis: VARIOAmbulantPlus: Hör- und Tinnitusgeräte: Die nach Vorleistung des Tarifes GesundheitVARIO verbleibenden Kosten werden zu 100% erstattet. GesundheitVARIO400: Ärztlich verordnete Hör- und Tinnitusgeräte werden jeweils bis max. 2.000 EUR je Ohr erstattet, Sprechhilfen ohne betragliche Begrenzung.	Hinweis: Hörhilfen werden zu 100% erstattet, bis max. - 6.000 EUR für eine teilweise im Körper eingesetzte Hörhilfe (sogenannte „BAHA-Geräte“) - 3.000 EUR für jede andere Hörhilfe. Sprechgeräte werden ohne betragliche Begrenzung vergütet.	Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	Hinweis: Medizintechnische Geräte, z. B. Hörgeräte inkl. Otoplastiken, Cochlea-Implantate, Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	
- Orthopädische Schuhe		✓ ⚠	✓	✓	✓	✓	✓
		Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.					
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenlese-/Vorlesegerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Ambulant

























	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Körpersatzstücke ohne Summenbegrenzung		✓	✓	✓ 	✓	✓	✓
				Hinweis: Perücken bei krankhaftem Haarausfall werden zu 100% bis max. 1.000 EUR je Perücke erstattet.			
- Prothesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		600,00 €	1.000,00 €	1.000,00 €	1.000,00 €	1.000,00 €	600,00 €
- Anspruch mind. alle ... Monate		24 	24 	36	36	36	24 
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung							
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		4.000,00 € 	unbegrenzt	unbegrenzt	6.000,00 € 	5.000,00 €	4.000,00 €
		Hinweis: frühestens nach 2 Jahren			Hinweis: frühestens nach 36 Monaten		
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt 	unbegrenzt	unbegrenzt
					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		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- bei Gehunfähigkeit		 	✓	✓ 	✓ 	✓ 	✓ 
		Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.		Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten/Transporte bei - ambulanten Operationen oder nachoperativer Behandlung - Apherese - Sehfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung - medizinischer Reha (auch ambulanter Anschlussheilbehandlung).	Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	Hinweis: Erstattet werden auch (Kranken-)Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort bei ambulanten - Operationen und nachoperativen Behandlungen - Behandlungen bei ärztlich bescheinigter Sehunfähigkeit bzw. einer Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilflosigkeit) oder BI (Blindheit) - Behandlungen bei ärztlich bescheinigter Fahruntüchtigkeit wegen Unfall, Krankheit oder ärztlicher Behandlung - Behandlungen bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, 4 oder 5.	

Analyse Krankenversicherung










Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gefährlich)							
			<p>Hinweis: Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus werden erstattet, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Fahrtkosten bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter (Geh- oder) Sehunfähigkeit und/oder bei schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahrtauglichkeit besteht (s. vorherigen Leistungspunkt).</p>		<p>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).</p>		
- ambulante Notfalltransporte							
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB							
			<p>Hinweis: VARIO AmbulantPlus, bis Alter 21: Erstattet werden ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva - zu 100%, einschl. ärztlicher Leistungen.</p>	<p>Hinweis: Erstattet werden auch: - nicht verordnete Arzneimittel, bis 100 EUR p. a. - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung, bis zum 22. Geburtstag - Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“), bis 22. Geburtstag. Die Mittel müssen in der Apotheke gekauft werden.</p>		<p>Hinweis: auch erstattungsfähig: - nicht verordnete Arzneimittel, bis 100 EUR p. a. (bei unterjährigem Beginn anteilig) - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung, bis Alter 21 - Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“), bis Alter 21 Die Mittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.</p> <p>Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind Arzneimittel zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion erstattungsfähig. Die schriftliche Zusage wird beispielsweise von der LKH erteilt, wenn eine radikale Prostatektomie (komplette Entfernung der Prostata) erfolgt ist.</p>	
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)							
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)							
- Behandlung in Krankenhausambulanzen							
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege							
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)							
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant							
- Verzicht auf Kurortklausel							
Ambulant							
sonstiges							






























































Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Stationär							
1-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/ Spezialist)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Privatkliniken							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntg/BPflV		✓	✓ 	✓ 	✓	✓	✓
			Hinweis: preiswerteste Zimmerkategorie	Hinweis: 150% über KHEntg/ BPflV einschl. 1-/2-Bettzimmer			
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓	✓	✓ 	✓	✓	✓
				Hinweis: Gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet.			
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓	✓	✓	✓ 	✓	✓
					Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahrtunfähigkeit, 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		✓	✓	✓	✓		✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓	✓ 	✓
						Hinweis: AVB, Teil I: Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓	✓	✓	✓ 	✓
						Hinweis: Rooming-in ist z. B. auch bei umfangreich pflegebedürftigen Personen mitversichert, sofern medizinisch erforderlich	






Leistungsvergleich Stationär

		 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Kurleistung stationär							
sonstiges							




Leistungsvergleich Zahn

		 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Kundenwunsch							
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Zahnersatz %		90,00 %	90,00 % 	100,00 %	90,00 %	100,00 %	90,00 %
			Hinweis: Der Versicherer erstattet Kosten für Zahnersatz zu 90%, abzüglich der nach Tarif GesundheitVARIO erstatteten Versicherungsleistungen.				
Kieferorthopädie %		90,00 %	100,00 %	100,00 %	90,00 %	100,00 %	90,00 %
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	19 	20 	unbegrenzt	20 	unbegrenzt
			Hinweis: altersunabhängig, wenn die Kieferorthopädie - aufgrund eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalles notwendig ist oder - wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts, der Kiefer oder einer skelettalen Dysgnathie erforderlich ist und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird.	Hinweis: Kieferorthopädie wird bis zum 21. Geburtstag erstattet. keine Altersgrenze bei - Unfall (als Unfall gilt nicht, wenn ein Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern)) - schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Fehlstellung) im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung		Hinweis: keine Altersbeschränkung - für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind oder - in Fällen schwerer Erkrankungen* im Zusammenhang mit einer kombinierten kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Behandlung (* angeborene Gesicht- oder Kieferfehlbildungen, skelettale Dysgnathien, Fehlstellungen infolge von Verletzungen)	
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)							
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
Zahn							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/angemessene Erstattung							
Summenbegrenzung max. ... Jahre		3 	3 	3	4 	3	3
		Hinweis: individuelle Zahnstapel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.	Hinweis: Zahnersatz Soweit im Tarif GesundheitVARIO ein Abzug aufgrund des dort vereinbarten Höchstsatzes nach Abschnitt II. C 3.3* in den ersten 3 Kalenderjahren erfolgt, gehört dieser nicht zu den erstattungsfähigen Kosten nach Tarif VARIO ZahnPlus. Solange im Tarif GesundheitVARIO noch ein Höchstsatz nach Abschnitt II. C 3.3* für den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag besteht, gilt dieser in gleicher Höhe auch für den Tarif VARIO ZahnPlus. * Abschnitt II. C.3.3: Die Erstattung ist in den ersten 3 Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 6.000 EUR begrenzt (Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung).				
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall							
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage							
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen							

Leistungsvergleich Zahn







		 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- sonstiges			✓	✓	✓	✓	

Leistungsvergleich Sonstiges

						
	einsA expert+ 1 PVN T42+	GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	AM12 S1 Z9 PPN TA 6	GUP500 PVN KTA43	MedBest 300 PVN KTV42
Kundenwunsch						
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):	2013	2020	2024	2017	2024	2019
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0	0	0	0	0
- Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):				1979		
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	3		32			5
Kinder alleine versicherbar ab Alter	0	0 	2	0	0	1 
		Hinweis: Lt. Info des Versicherers sind Kinder allein versicherbar, wenn es sich um ein versicherungsmedizinisch 'gutes Risiko' handelt (Antrag inkl. Nachweis der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen), die Begründung des Vermittlers 'schlüssig' und ein Elternteil privat vollversichert ist.				Hinweis: Kinderalleinversicherung unter folgenden Voraussetzungen möglich: - nahtloser Übertritt aus deutscher GKV oder PKV - reguläre Risikoprüfung - zusammen mit dem Antrag sind die (bis zu dem entsprechenden Alter des zu versichernden Kindes) erforderlichen U-Untersuchungen nachzuweisen
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr			1,20			
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER			1,20			
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr					750,00 € 	600,00 €
					Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER					375,00 €	300,00 €
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr	1,00		1,80	3,00	4,00 	2,50
					Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER	1,00		4,20	3,00	4,00 	2,50
					Hinweis: Bei einer Kindernachversicherung startet ein Kind bei Stufe 0 und erhält nach dem 1. leistungsfreien Jahr die BRE entsprechend der zuvor genannten Staffeln.	
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr		1.000,00 € 				
		Hinweis: BRE ab 2025 (Auszahlung 2026 ff.): 1.100 EUR ab dem 1. leistungsfreien Jahr				
-BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER		350,00 €				













































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges




	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Kundenwünsche:							
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich		✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓	✓
				Hinweis: GSZ100: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ GSB90: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“	Hinweis: AM12: Vorsorgeuntersuchungen (und Schutzimpfungen) sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen. Z9: Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).		
- Schutzimpfungen BRE-unschädlich		✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓	✓
				Hinweis: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“	Hinweis: (Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen.		
- weitere / andere Leistungen BRE-unschädlich		✓				✓	✓
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpffjahr)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Anrechnung Vorversicherung (V) auf BRE-Staffel		⚠		✓			
		Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges







		 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt 	12	12 	unbegrenzt	12	3 
		Hinweis: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn a) beim Versicherten bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer KV Voll sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im 1.-Bettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht. b) die PPV während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während des 1. Monats ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.		Hinweis: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.			
- Rücktransport aus dem Ausland							
- Wohnsitverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt							
- Wohnsitverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt							
- Wohnsitverlegung ins außereuropäische Ausland							
Optionsrecht auf Höherversicherung							
Optionsrecht auf Höherversicherung					 		 
					Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	Hinweis: Option auf Wechsel in einen Tarif dieser Tarifgruppe mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt vorhanden: ab dem 4. Kalenderjahr zu Beginn eines jeden Kalenderjahres	Hinweis: 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 2 Monaten nach Ende der Elternzeit, Nachweis über Beginn/Ende der Elternzeit ist einzureichen).
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		3	2 		5 		1
			Hinweis: auch anlassbezogenes Optionsrecht vorhanden (keine bestimmte Anzahl, keine festen Zeitpunkte), s. nächsten Leistungspunkt		Hinweis: AM12, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.		

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Kundenwünsche:							
- anlassbezogenes Optionsrecht		✓	✓		✓ ⚠		
					Hinweis: AM12, S1, Z9: 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.		
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen		✓	✓		✓		✓
- keine Beschränkung der Zieltarife		✓			✓		✓
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen		✓	✓ ⚠		✓		✓
			Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann die Optionen (Hinzuvversicherung Ergänzungsbausteine) jeweils bei Beginn und Ende der Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes auch für die im Tarif GesundheitVARIO versicherten Elternteile ausüben.				
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung			✓		✓		
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		unbegrenzt	unbegrenzt		50 ⚠		unbegrenzt
					Hinweis: AM12, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		
- 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	🏠	✓ ⚠	✓	✖	✓	✖	✓
		Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.					
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen	🏠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen	🏠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen		✓ ⚠	✓		✓		
		Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.					







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/min. 3 Maßnahmen		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: stationär: bis zu dem Tagessatz nach § 111 SGB V	✓	✓	✓
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓ ⚠ Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).	✓ ⚠ Hinweis: auch mitversichert: medizinisch notwendig erscheinende Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen o. von Keimzellgewebe (Erstattung bis zur Vollendung des 43. Lebensjahres der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes)	✓ ⚠ Hinweis: auch mitversichert: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörige ärztliche Leistungen, sofern die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Kinderwunschbehandlung durchzuführen; max. Alter zu Beginn der Kryokonservierung: 40 Jahre (Frauen) / 50 Jahre (Männer); die zu behandelnde Person muss die Person sein, deren Zellen oder Gewebe aufbewahrt werden soll	✓	✓ ⚠ Hinweis: auch erstattungsfähig: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe nebst ärztlichen Leistungen, wenn sie medizinisch erforderlich ist	✓ ⚠ Hinweis: auch mitversichert: Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sowie dazugehörige medizinische Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss (für die Dauer der Kryokonservierung gelten die bei Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen).
- Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: GSB100, GSB90: Beitragsbefreiung bei - Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) - Versicherung von Kindern		✓ ⚠ Hinweis: vorübergehende Beitragsbefreiung (GB-neutrale Leistung) - bei Kindernachversicherung - bei Bezug von Elterngeld / während der Elternzeit	✓
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)		✓	✓ ⚠ Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!	✓	✓	✓	✓
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Verbesserte Kriegsklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungzeitpunkt		2	2 ⚠ Hinweis: VARIOKlinikPlus, VARIOAmbulantPlus, VARIOZahnPlus: Der Tarif endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung im Tarif GesundheitVARIO endet.	2 ⚠ Hinweis: Die Kündigung der Zusatzabsicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich.	1	2	2
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	✓







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Krankentagegeld							
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar (Arbeitnehmer)		⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✓	✓	✓	✓	✓
bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten			⚠ Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif.		✓	⚠ Hinweis: AVB, Teil I - § 4a (2) Bei einem Tätigkeitswechsel der versicherten Person kann der Versicherungsnehmer eine Umstellung des Krankentagegeldtarifes in die verkaufsoffenen Krankentagegeldtarife mit einer Karenzzeit von mind. 42 Tagen verlangen. AVB, Teil I - § 15 (4) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.	⚠ Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif (neben KV Voll).
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus		✓	✓	✓	⚠ Hinweis: ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit (im Sinne des Arbeitsförderungsgesetzes): 3-Monats-Frist verlängert sich auf 6 Monate	✓	✓
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar (Selbstständige)		⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.			✓		
Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?							✓
Leistung bei BU über MB/KT hinaus		✓	✓		✓	✓	✓







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
BU: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente		✓	✓	✓	✓		✓ ⚠ Hinweis: Erhält eine versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall eine gesetzliche oder private Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsminderung und sind gleichzeitig die Voraussetzungen nach Teil I Absatz 1 Buchstabe b) (Berufsunfähigkeit) nicht erfüllt, muss der Rentenbezug angezeigt werden. Die Rente wird ab Rentenbezug auf die Leistung aus der Krankentagegeld-Versicherung angerechnet. Ist die Rentenzahlung mindestens so hoch wie der Anspruch aus der Krankentagegeld-Versicherung, besteht demnach für die Dauer des Rentenbezugs kein Anspruch auf Krankentagegeld (Versicherung kann als Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden).
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)		✓		✓ ⚠ Hinweis: Wird zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt, gilt die Garantiezusage nur, wenn keine zumutbare Umorganisation erfolgen kann.			
Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Leistungen nur bei Reha-Maßnahmen!	✓	✓	✓
Alkoholgenuß: kein Ausschluss		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entziehungsmaßnahmen mitversichert		✓	✓	✓		✓	✓
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Leistung bei Erkrankung eines Kindes			✓ ⚠ Hinweis: Kind muss ebenfalls bei der BBKK krankheitskostenvollversichert sein!			✓	✓ ⚠ Hinweis: Kind muss ebenfalls bei der ARAG krankheitskostenvollversichert sein!
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entbindungspauschale					✓	✓	
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationäre Behandlung beschränkt		✓	✓			✓	







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Kundenwünsche:		✓	✓	✓ ⚠	⚠	⚠	✓ ⚠
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/eine Rückreise mgl.)		✓	✓	Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird geleistet, wenn - die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet	Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	Hinweis: Verzicht auf Kurortklausel	Hinweis: Leistungen - während Aufenthalt im Heilbad/Kurort: für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung - bei Aufenthalt in Deutschland außerhalb des Wohnortes: schriftliche Zusage vor Aufenthaltsbeginn erforderlich (medizinische Gründe dürfen nicht entgegenstehen, Verzögerung des Heilungsprozesses ist nicht zu erwarten, medizinische Versorgung/weitere Heilbehandlung ist nach begründetem ärztlichen Zeugnis gewährleistet, neuer Aufenthaltsort + voraussichtliche Aufenthaltsdauer sind der ARAG vorab zu benennen). - bei kurzzeitiger Heilbehandlung außerhalb Deutschlands: vorherige schriftliche Zusage (ggf. befristet) erforderlich; Behandlung muss medizinisch sinnvoll sein, um die Dauer einer schon eingetretenen Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen (medizinische Indikation löst erwarten, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Wahrnehmung dieser Heilbehandlung schneller wiederhergestellt werden kann).
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch			✓	✓		✓	Hinweis: Der Leistungsanspruch gilt nur für Arbeitnehmer.
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung		✓	✓ ⚠	✓	✓	✓	Hinweis: Erhöhung des Tagegeldes (Dynamisierung) - ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit: alle 3 Kalenderjahre (erstmalig 2024) entsprechend der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte – um max. 10% (auch für laufenden Versicherungsfall (ab Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung)). Anpassung erfolgt nur, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach diesem Tarif bestand, sich während dieser Zeit die vereinbarte Tagessatzhöhe nicht geändert hat und der Tarif nicht ruht.
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn							








Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:		1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht							
- GKV-Versicherte (KT-Zusatz bei PKV)		✓					
- Selbstständige: KT + PKV-Voll nicht beim selben VR		✓			⚠ Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/ Antwort des Versicherers steht noch aus		⚠ Hinweis: Wird die Krankheitskosten-Vollversicherung gekündigt und das Versicherungsverhältnis in einem anderen Krankentagegeldtarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgesetzt, wird nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet.
- Selbstständige: KT + PKV-Voll beim selben VR		✓			✓		✓
Krankentagegeld							
Abschluss mit PKV bei anderem VU versicherbar		✓	⚠ Hinweis: Die Versicherungsfähigkeit bleibt bestehen, wenn die versicherte Person in der GKV versicherungspflichtig wird oder der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenvollversicherung wegen Beitragsanpassung kündigt.		✓		
max. versicherbarer Tagessatz insgesamt (auch in Kombination verschiedener KZ)							
Arbeitnehmer		400,00 €	300,00 €	300,00 €	400,00 €	300,00 €	unbegrenzt ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Selbstständige		400,00 €			400,00 €		unbegrenzt ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Existenzgründer (Selbstständige)		400,00 €			80,00 €		85,00 €
Freiberufler		400,00 €			400,00 €		unbegrenzt ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Ärzte / Zahnärzte (angestellt)			600,00 €		400,00 €	500,00 €	unbegrenzt ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

		 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant + VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Kundenwünsche:		96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)					400,00 €		unbegrenzt 
Krankentagegeld							
Mindestvertragsdauer		1	1	2	1	2	1
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	✓







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	 Die Selbstbeteiligung ist auf 330 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.  Hinweis: bis 31.12.2024: 300 EUR	 Die Selbstbeteiligung (SB) beträgt 20% und ist auf 400 EUR pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Jahres, verringert sich die SB für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand. Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung der SB vereinbart, wird pro Monat 1/12 der im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen SB zugrunde gelegt. Endet die Versicherung während eines Jahres, vermindert sich die SB nicht.	 Die Selbstbeteiligung beträgt 10% und ist auf 500 EUR pro Kalenderjahr begrenzt. Bei unterjährigem Beginn reduziert sich die Selbstbeteiligung um 1/12 für jeden Monat, in dem keine Versicherung nach den Tarifen MeinGesundheitsschutz Best 70 und Upgrade auf Best 90 bestand(,) - wenn die Tarife neu abgeschlossen wurden - bei Tarifwechsel nach § 204 VVG und vorher keine oder eine geringere Selbstbeteiligung galt.	 Die Selbstbeteiligung beträgt 20% und ist auf 480 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 und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherten bezogen werden.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 500 EUR pro Kalenderjahr begrenzt. Bei unterjährigem Beginn reduziert sich der Selbstbehalt im 1. Kalenderjahr für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um 1/12 des tariflichen Satzes.	 Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im 1. Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 330 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 330 EUR SB = 670 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR. Hinweis: bis 31.12.2024: 300 EUR	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 400 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 80% Erstattung = 800 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 80% Erstattung = 400 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 80% Erstattung bis 500 EUR RB, darüber hinaus 100% = 700 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 250 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 80% Erstattung = 900 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 90% Erstattung = 450 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 90% Erstattung = 720 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 90% Erstattung = 180 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 250 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 480 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 80% Erstattung = 800 EUR (restliche SB: 280 EUR) - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 80% Erstattung = 400 EUR (restliche SB: 180 EUR) - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 80% Erstattung = 640 EUR (restliche SB: 20 EUR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR ./.. restlicher SB = 180 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 500 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 500 EUR SB = 500 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 300 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.
- Selbstbehalt nur ambulant?	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt für beide Bereiche (ambulant und stationär).	 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).
- prozentualer Selbstbehalt?	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt 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.	 Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	 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.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	 Die Selbstbeteiligung beträgt bis zum 31.12. des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, 165 EUR p. a.  Hinweis: bis 31.12.2024: 150 EUR	 Für Kinder/Jugendliche gilt die hälftige SB. Zum 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr erreicht, gilt die SB für Erwachsene.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	 Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die hälftige Selbstbeteiligung.	 Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche bis Aller 20 beträgt 250 EUR pro Kalenderjahr.	 Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche beträgt 150 EUR pro Kalenderjahr. Ab dem Kalenderjahr, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen (auch zahnprophylaktische Leistungen) und die Entbindungspauschale fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.	✔ Die SB entfällt für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen, für die in dem den Versicherungsbedingungen, Teil II angehängten Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen aufgeführten präventiven ärztlichen Untersuchungen/ aufgezählten GOÄ-Ziffern (s. auch Leistungspunkt "Vorsorge - über gesetzliche Programme").	✔ Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen "Vorsorgeuntersuchungen gem. tariflichem Verzeichnis" und "Gesundheitskurse" nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Vorsorgeuntersuchungen (und Schutzimpfungen) bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR p. a. werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	✔ Ja. Leistungen im Rahmen der LKH-Gesundheitsvorsorge, gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen (sowie die Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes) werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.	✔ Die Selbstbeteiligung entfällt für die im tariflichen Verzeichnis für Vorsorgeleistungen aufgeführten Maßnahmen, einschl. zahnprophylaktischer Leistungen und Präventionskurse (sowie für die Pauschalersatzung für Gesundheitsleistungen und die Beitragsbefreiung während der Elternzeit).
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Schutzimpfungen fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Schutzimpfungen bezeichnet werden.	✔ Ja.	✔ Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen "Standard-/Indikationsimpfungen nach Empfehlungsliste der STIKO" nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: (Vorsorgeuntersuchungen und) Schutzimpfungen bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR p. a. werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	✔ Schutzimpfungen nach Empfehlungen der STIKO (ohne Reiseschutzimpfungen und Malaria prophylaxe) werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.	✔ Ja.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.




Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ VARIOAmbulantPlus: Kosten, die über die Höchstsätze der GOÄ hinausgehen, werden zu 100% erstattet (bei entsprechender Honorarvereinbarung). GesundheitVARIO400: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei Abschluss einer rechtswirksamen Honorarvereinbarung).	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung).
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Es gelten keine deutschen Gebührensätze oder Begrenzungen auf die Höhe der Leistungen anderer Leistungsträger. Kann die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden, erstattet der Versicherer auch die Kosten für die direkte Reise vom deutschen Wohnsitz der versicherten Person zum Behandlungsort und zurück - auch für eine Begleitperson (aber keine Unterbringungskosten). Soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Verkehrsmittel zu nehmen.	✔ Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den jeweiligen Behandelnden entsprechen. Erstattet wird auch eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung; max. der Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der VP oder in Deutschland angefallen wäre. Ist die Entbindung im Ausland günstiger, wird dieser Betrag erstattet. Begrenzung gilt nicht, wenn die VP innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung zusammenhängend mind. 182 Tage in dem Land verbracht, in dem die Entbindung stattfindet.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach den Abschnitten B.1 bis B.13 (AVB, Teil II) nach den im Ausland geltenden ortsüblichen Kosten. Einschränkungen auf deutsche Gebührensätze für ärztliche Leistungen gelten nicht. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten wird anhand der im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen bemessen. Fehlen diese, bemisst sich die Erstattungsfähigkeit nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen (sämtliche Verrichtungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)) sind erstattungsfähig. Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: max. 10 psychotherapeutische Sitzungen p. a. (ab der 11. Sitzung ist ein Arzt oder nichtärztlicher Psychotherapeut in Anspruch zu nehmen) Osteopathie und Chiropraktik sind erstattungsfähig, wenn sie von einem dafür ausgebildeten Heilpraktiker erbracht werden.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen einschl. Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arzneimittel werden bis 2.000 EUR p. a. erstattet.	⚠ Heilpraktikerleistungen werden bis max. 1.000 EUR p. a. erstattet. Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie Digitale Gesundheitsanwendungen fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.	✔ Leistungen des Heilpraktikers (auch aus dem Hufelandverzeichnis) einschl. von ihm verordnete Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie von ihm durchgeführte psychologische Behandlungen werden bis insgesamt max. 2.000 EUR p. a. erstattet. Hinweis: anteilige Erstattung bei unterjährigem Beginn	✔ Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arznei-, Heil-, Verbandmittel und in Auftrag gegebener Laboruntersuchungen werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind ohne Begrenzung auf die Höchstsätze des GebüH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstsätzen und nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	✔ Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig.	✔ Ja. Erstattet werden auch von Heilpraktikern durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Leistung ist nicht!!! auf die in den AVB beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebüH aufgeführt sein.	✔ Ja. Erstattungsfähig sind alle Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung (bis insgesamt (inkl. Abrechnungen nach dem GebüH) 1.000 EUR p. a.).	✔ Erstattungsfähig sind auch Leistungen von Heilpraktikern aus dem Hufelandverzeichnis, die nicht im GebüH enthalten sind - bis zu den Höchstsätzen für ärztliche Leistungen. Nicht medizinisch anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind abweichend zu Abs. B.1.4 (Anerkannte Untersuchungs-/ Behandlungsmethoden und Arzneimittel) ebenfalls erstattungsfähig.	⚠ Nein, es sind keine Leistungen über das GebüH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	✔ Versicherungsschutz besteht für die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Stand 2009) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Erstattungsfähig zu 100% sind in diesem Rahmen Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.	✔ Ja. Erstattet werden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschl. Arznei- und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen - bis zu den Höchstsätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.	✔ Der Versicherer erstattet auch Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis. Die Einschränkung der versicherten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Ziffer 2.15 AVB gilt insoweit nicht.	⚠ 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.	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren sowie alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus dem Hufelandverzeichnis.	⚠ 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

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	<p>✔ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".</p>	<p>✔ Ja. Erstattet werden - gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen; die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewendet. - weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen; sie sind in dem den Versicherungsbedingungen, Teil II angehängten Verzeichnis für gezielte Vorsorgeuntersuchungen namentlich und mit GOÄ-Nummern abschließend genannt.</p> <p>Um die Vorsorgeleistungen in Anspruch zu nehmen, sollten die Vorsorgegutscheine „Schwangerschaftsvorsorge“, „Augen“, „Darmkrebs“, „Gesundheits-CheckUp“ „Hautkrebsfrüherkennung“, „Kindervorsorgeuntersuchungen“, „Mammographie“, „Krebsvorsorge Frau“ oder „Krebsvorsorge Mann“ genutzt werden.</p> <p>Weitere Untersuchungen sind nicht über die Gutscheine abrechenbar; sie werden - unter Anrechnung der SB - im tariflichen Umfang erstattet (und sind BRE-schädlich).</p> <p>Als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft vergütet der Versicherer auch Maßnahmen zur Pränataldiagnostik (z. B. Dopplersonografie, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test). Hinweis: Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte werden bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr zu 100% erstattet, sofern sie nicht bereits nach dem Tarif GesundheitVARIO erstattet werden.</p>	<p>✔ Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig, auch über die gesetzlichen Programme hinaus.</p> <p>Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in dem den Bedingungen angehängten Verzeichnis zu Vorsorgeuntersuchungen aufgeführten Leistungen* bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattet. Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>* Screening auf Chlamydien ab Alter 16, alle anderen Gesundheits-Check-ups ab Alter 21</p>	<p>✔ 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).</p>	<p>✔ Ersetzt werden - die in dem den Bedingungen angehängten Vorsorgekatalog aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen (LKH-Gesundheitsvorsorge), bis 600 EUR p. a. (bei unterjährigem Beginn anteilig) SB- und GB-neutral (Selbstbehalt / Gesundheitsbonus) - darüberhinausgehende medizinische Vorsorgeleistungen* - zusätzliche Behandlungen und Diagnostik, die sich im Rahmen einer Leistung nach der LKH-Gesundheitsvorsorge ergeben - weitere Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft* - Früherkennungsuntersuchungen nach der Geburt eines Kindes*</p> <p>* auch über die gesetzlichen Programme hinaus</p>	<p>✔ Ja. Als Versicherungsfall gilt jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können. (bei den im tariflichen Verzeichnis für Vorsorgeleistungen (SB-neutralen/ohne Anrechnung auf die Pauschalerstattung) aufgeführten Maßnahmen sind Altersgrenzen und Zeitintervalle zu beachten)</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Schutzimpfungen?	<p>✓ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen; erstattungsfähig sind z. B. die Aufwendungen für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch- Institut (RKI). Die Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Die Aufwendungen für berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten der Impfung zu übernehmen.</p>	<p>✓ Erstattet werden Impfungen (einschl. Impfstoff), auch aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen inkl. Malariaprophylaxe.</p>	<p>✓ Erstattet werden Kosten für Malaria-Prophylaxe sowie folgende Impfungen (einschl. des Impfstoffs):</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei einer zugelassenen Impfstelle durchgeführte Schutzimpfungen nach Empfehlungsliste der STIKO am Robert-Koch- Institut*; bei den dort genannten Indikationsimpfungen wird auch geleistet, wenn die Indikationen nicht vorliegen - Reiseimpfungen. <p>Ausgenommen sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, für die der Arbeitgeber oder ein anderer Kostenträger leisten muss.</p> <p>* Kosten können über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht werden</p>	<p>✓ Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch- Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Gripeschutzimpfung, - die Zeckenschutzimpfung (FSME), - die Malaria-Prophylaxe, - Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen. 	<p>✓ Ersetzt werden Schutzimpfungen - und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch- Instituts (STIKO), mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe - SB-/GB-neutrale Leistung; Indikationsimpfungen (z. B. für bestimmte Personengruppen) auch dann, wenn eine Indikation (z. B. Vorerkrankung) nicht vorliegt</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Prophylaxe bei Auslandsreisen und Malariaprophylaxe. <p>nicht erstattungsfähig: Impfungen, Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe (nebst Impfstoffen), wenn aufgrund einer beruflichen oder sonstigen Tätigkeit ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber dem Arbeitgeber oder einem sonstigen Kostenträger besteht.</p>	<p>✓ Ja. Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen einschl. der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschl. der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	<p>✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik) 	<p>✓ Teil I, AVB/AV: Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik, Massagen und medizinische Bäder), der podologischen Therapie, der Osteopathie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Maßnahmen der Ergotherapie.</p> <p>Teil II, Tarif GesundheitVARIO: Der Versicherer erstattet die Kosten für Heilmittel bis zu 130% der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes. Hierzu gehören z. B. physikalische Therapien (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.</p>	<p>✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung)) (- Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitationssport und Funktionstraining) einschl. Hausbesuche 	<p>✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Logopädie (einschl. Stimmbildungen) - Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) - Podologie (medizinische Fußpflege) (- osteopathische Behandlung) (- therapeutisches Reiten (Hippotherapie)) (- Bewegungstherapie (Heileurythmie)) (- Schwangerschaftsgymnastik, Kurse zur Geburtsvorbereitung, Rückbildungs-/ Wochenbettgymnastik) 	<p>✓ Erstattungsfähig sind alle Heilmittel, die im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung enthalten sind. Hierzu gehören beispielsweise Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Krankengymnastik, Massagen, medizinische Bäder, Wärme-/Kältetherapien, Ernährungstherapien, Hydrotherapien, Lichttherapien, Elektrotherapien und Inhalationen.</p> <p>Darüber hinaus sind auch Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Osteopathie und Chiropraktik erstattungsfähig.</p> <p>Bei Heilmitteln können Angehörige staatlich anerkannter Gesundheitsfachberufe in Anspruch genommen werden, beispielsweise: Physio- und Ergotherapeuten, Masseur, Krankengymnasten, medizinische Bademeister, Logopäden bzw. akademische Sprachtherapeuten und klinische Linguisten, Podologen bzw. medizinische Fußpfleger, Hebammen bzw. Entbindungspfleger.</p> <p>Im Rahmen einer Ernährungstherapie können Diätassistenten, Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler in Anspruch genommen werden.</p> <p>Darüber hinaus sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitationssport und Funktionstraining erstattungsfähig.</p> <p>Die Leistungen können auch von Ärzten oder Heilpraktikern unmittelbar erbracht werden. Für die Erstattung gelten die Regelungen für ärztliche Leistungen bzw. für Heilpraktikerleistungen.</p>	<p>✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - medizinische Fußpflege* (Nagel- und Hornhautbehandlung) <p>* bei Diabetes mellitus mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie im Abstand von mind. 3 Wochen, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird</p>
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	✓ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Nein. Heilmittel werden bis zu 130% der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet.	Nein. Erstattet werden die in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Heilmittel, bis zu 130% der dort aufgeführten Höchstbeträge.	✓ Ja.	Heilmittel sind bis zu 150% der in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Höchstbeträge erstattungsfähig.	✓ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	✓ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.			Nein. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind.	Keine Leistung vorhanden.	✓ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.
- Logopädie	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	<p>✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epiihesen und Haarsersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte...</p>	<p>✔ Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.</p> <p>Erstattet werden z. B. Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte, Blindenhunde.</p> <p>Reparatur- und Wartungskosten eines versicherten Hilfsmittels werden im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen übernommen.</p>	<p>✔ Hilfsmittel sind Gegenstände, die eine Krankheits-, Unfallfolge oder eine Behinderung unmittelbar mildern oder ausgleichen, den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. Hierzu zählen etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medizinisch-technische Mittel - Körperersatzstücke - Geräte, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln <p>Erstattet werden auch die Kosten für einen Blindenführhund.</p> <p>versichert: Kauf oder Miete des Hilfsmittels, Anpassung, Reparatur und Wartung, Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Produkte aus dem Wellness- und Fitnessbereich und allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, Pflege-, Reinigungs-, Unterhalts- und Betriebskosten (insbesondere Batterien; Spezialbatterien für Hilfsmittel, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können, sind hingegen erstattungsfähig).</p>	<p>✔ 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.</p> <p>Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel*, sofern diese Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten, beispielsweise: Gehhilfen (z. B. Rollatoren), Geh- und Stützapparate (z. B. Orthesen, Gehstöcke), Krankenfahrstühle, medizintechnische Geräte (z. B. Lese-, Inhalations- und Atemgeräte), Körperersatzstücke, orthopädische Schuhe und Einlagen, Haarsersatz (z. B. Perücken), Hilfsmittel für Blinde (z. B. Blindenstock), Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummi-/Kompressionsstrümpfe, Stoma-/Tracheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel, Geräte zur Therapie und Diagnostik (z. B. Blutdruck- oder Blutzuckermessgeräte), Sauerstoffgeräte, Überwachungsgeräte für Atem- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie, Blindenführhunde, Kommunikationshilfen gem. Kommunikationshilfen-Verordnung, sofern diese notwendig sind, um die tariflichen Leistungen in Anspruch nehmen zu können (z. B. Gebärdensprach- und Schriftdolmetscher).</p> <p>* Kauf, Miete oder Leihe, Anpassung, Reparatur und Wartung, Einweisung in die ordnungsgemäße Nutzung</p> <p>Bei kostenintensiven Hilfsmitteln empfiehlt der Versicherer vor Bezug die Vorlage eines Kostenvorschlages.</p>	<p>✔ Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Prothesen und Hörgeräte) sind erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigte Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt.</p> <p>Kosten für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung werden ebenfalls ersetzt; die Höhe der Erstattung für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Aufwendungen für den Betrieb (z. B. Strom, Batterien), die Pflege von Hilfsmitteln und Zusatzgarantieleistungen sowie für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.</p>
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet (Erstattungshöchstbeträge für Hörhilfen und Perücken beachten).	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Hilfsmittel, die weniger als 1.000 EUR kosten oder vorab vom Versicherer zugesagt wurden, werden zu 100% erstattet, ansonsten 80%ige Erstattung (s. auch Leistungspunkt "max. Selbstbehalt p. a. €").

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 EUR fällt eine separate Selbstbeteiligung nur an, wenn sie ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen werden - es werden dann 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.
- 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?	✔ 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.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Hilfsmittel müssen in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung bezogen werden; auf Verlangen des Versicherers ist eine ärztliche Verordnung mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität vorzulegen.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	✔ 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.	✘ Hilfsmittel mit einem Bezugspreis (Preis für die gesamte Versorgung) ab 1.000 EUR bedürfen der vorherigen schriftlichen Zusage des Versicherers, ansonsten Reduzierung der Erstattung von 100% auf 80% (s. auch Leistungspunkt "max. Selbstbehalt p. a. €").
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Erstattet wird die Pauschale zur Abgeltung der Sach- und nichtärztlichen Dienstleistungen sowie die Kosten des Heimdialysegerätes.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig ist die Kostenpauschale zur Abgeltung der Sach- und nichtärztlichen Dienstleistungen bei Heimdialyse (inkl. des Heimdialysegerätes). Die Leistungen sind begrenzt auf die Beträge, die für die spezielle Versorgung eines Dialysepatienten in den vom PKV-Verband oder der GKV dafür abgeschlossenen Vergütungsverträgen (mit dem Verband der privaten Hämodialyse-Versorgungseinrichtungen – PHV bzw. mit dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. - KfH) vereinbart wurden.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle (z. B. Rollstühle) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: VARIOAmbulantPlus: Hör- und Tinnitusgeräte: Die nach Vorleistung des Tarifes GesundheitVARIO verbleibenden Kosten werden zu 100% erstattet. GesundheitVARIO400: Ärztlich verordnete Hör- und Tinnitusgeräte werden jeweils bis max. 2.000 EUR je Ohr erstattet, Sprechhilfen ohne betragsliche Begrenzung.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörhilfen werden zu 100% erstattet, bis max. - 6.000 EUR für eine teilweise im Körper eingesetzte Hörhilfe (sogenannte „BAHA-Geräte“) - 3.000 EUR für jede andere Hörhilfe. Sprechgeräte werden ohne betragsliche Begrenzung vergütet.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Medizintechnische Geräte, z. B. Hörgeräte inkl. Otoplastiken, Cochlea-Implantate, Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind 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 einen Blindenhund (Anschaffung und erforderlicher Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenführhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenführhund (Anschaffung und Ausbildung) oder Blindenleitgerät sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte 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 erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Kunstaugen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Perücken bei krankhaftem Haarausfall werden zu 100% bis max. 1.000 EUR je Perücke erstattet.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke (z. B. Arm- oder Beinprothesen, Epithesen, künstlicher Kehlkopf, Kunstauge) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für 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, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ Brillen und Kontaktlinsen werden bis 600 EUR erstattet.	✔ VARIOAmbulantPlus: Die nach Vorleistung des Tarifes GesundheitVARIO verbleibenden Kosten für Sehhilfen werden zu 100% bis 500 EUR erstattet (bereits erfolgte Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr werden angerechnet). GesundheitVARIO400: Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) werden bis 500 EUR erstattet (bereits erfolgte Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr werden angerechnet). Refraktionsbestimmungen durch einen Optiker werden ebenfalls übernommen.	✔ Erstattet werden bis insgesamt 1.000 EUR (einschl. Reparaturen) - Brillengestelle und -gläser (auch Sonnenbrillen und Bildschirm-Arbeitsplatzbrillen) - Kontaktlinsen - Pflegemittel für Kontaktlinsen. Es ist eine augenärztliche Verordnung oder die Sehschärfebestimmung des Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrienwertes, einzureichen.	✔ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 1.000 EUR erstattet.	✔ Erstattet werden bis insgesamt 1.000 EUR (einschl. Reparaturen) - Brillengestelle und -gläser (auch Sonnenbrillen und Bildschirm-Arbeitsplatzbrillen) - Kontaktlinsen - Pflegemittel für Kontaktlinsen, auch ohne ärztliche Verordnung, sofern ein Optiker eine Refraktions- bzw. Sechstärkenbestimmung durchgeführt hat.	✔ Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) einschl. Reparaturen werden bis 600 EUR erstattet; auch ohne ärztliche Verordnung, sofern zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde. Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✘ Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.	✘ VARIOAmbulantPlus, GesundheitVARIO400: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 3 Kalenderjahren erstattungsfähig.	✘ Ein erneuter Leistungsanspruch für Sehhilfen besteht frühestens 24 Monate nach dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehkraft mindestens eines Auges um mind. 0,5 Dioptrien.
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung						
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	✔ Versichert sind nach Ablauf von 2 Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Die Aufwendungen werden bis insgesamt 2.000 EUR je Auge erstattet. Hinweis: frühestens nach 2 Jahren	✔ VARIOAmbulantPlus: Die nach Vorleistung des Tarifes GesundheitVARIO verbleibenden Kosten für refraktive chirurgische Verfahren werden zu 100% erstattet. GesundheitVARIO400: Refraktive chirurgische Verfahren werden pro Versicherungsfall (inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) bis max. 1.500 EUR je Auge erstattet.	✔ Operationen zur Sehschärfekorrektur (etwa LASIK) werden zu 100% erstattet.	✔ Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert. Hinweis: frühestens nach 36 Monaten	✔ Der Anspruch auf eine operative Sehschärfekorrektur (z. B. LASIK) besteht je Auge einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren. Die Aufwendungen für operative Sehschärfekorrekturen sind auf 2.500 EUR je Auge begrenzt. Die Aufwendungen für die zugehörigen Vor- und Nachuntersuchungen sind nach Abs. B.3.1, AVB Teil II (Ärztliche Leistungen) erstattungsfähig.	✔ Brechkraftverändernde Operationen werden bis 4.000 EUR innerhalb von 60 Monaten erstattet; erneuter Anspruch nach Ablauf von 60 Monaten nach der erfolgreichen Operation des jeweiligen Auges. Nach einer brechkraftverändernden Operation entfällt der Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen für 60 Monate (früherer Bezug nur bei Änderung der Sehkraft mindestens eines Auges um mindestens 0,5 Dioptrien).
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. ✘ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. Der versicherten Person (VP) steht die Wahl unter den zur Ausübung der Heilkunde berechtigten und niedergelassenen approbierten Ärzten und (nichtärztlichen) Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz frei. Ebenfalls in Anspruch genommen werden können Ärzte und nichtärztliche Psychotherapeuten, die in Medizinischen Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften, Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften tätig sind.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.

















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Der Versicherer empfiehlt, frühzeitig mit ihm Kontakt aufzunehmen, wenn sich eine VP in psychotherapeutische Behandlung begeben will.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Fahrten zur Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Übernommen werden bei Strahlentherapie wg. Krebs, Chemotherapie oder Dialyse medizinisch notwendige - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Arzt, Heilmittelerbringer oder Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn der nächste geeignete Leistungserbringer weiter weg ist, auch die Kosten dorthin.	✔ 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.	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Krankenfahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort bei ambulanten - Dialysebehandlungen - Strahlen- oder Chemotherapien bei Krebs. Eine Fahrt von oder zur Behandlung im Umkreis von 100 km gilt immer als nächstliegender Behandlungsort im Sinne der Bedingungen. Als Krankenfahrten gelten auch Fahrten mit dem - Taxi und öffentlichen Verkehrsmitteln - privatem PKW (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer).	✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus 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 über die medizinischen Gründe ist vorzulegen - in Absprache mit dem Versicherer kann darauf verzichtet werden. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	 <p>Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3. 	 <p>Erstattet werden nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten (und zahnärztlichen) Heilbehandlung bis zu 50 EUR für die Hin- und Rückfahrt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit und/oder bei schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntauglichkeit besteht. Keine Begrenzung bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulanten Operationen (am OP-Tag) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. 	 <p>Übernommen werden bei Gehunfähigkeit medizinisch notwendige</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Arzt, Heilmittelerbringer oder Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn der nächste geeignete Leistungserbringer weiter weg ist, auch die Kosten dorthin. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten/Transporte bei - ambulanten Operationen oder nachoperativer Behandlung - Apherese - Sehunfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung - medizinischer Reha (auch ambulanter Anschlussheilbehandlung). 	 <p>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.</p>	 <p>Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Krankenfahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort bei ärztlicher bescheinigter Gehunfähigkeit. Eine Fahrt von oder zur Behandlung im Umkreis von 100 km gilt immer als nächstliegender Behandlungsort im Sinne der Bedingungen. Als Krankenfahrten gelten auch Fahrten mit dem - Taxi und öffentlichen Verkehrsmitteln - privatem PKW (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer). Hinweis: Erstattet werden auch (Kranken-) Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort bei ambulanten - Apheresebehandlungen - Operationen und nachoperativen Behandlungen - Behandlungen bei ärztlich bescheinigter Sehunfähigkeit bzw. einer Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilflosigkeit) oder BI (Blindheit) - Behandlungen bei ärztlich bescheinigter Fahruntüchtigkeit wegen Unfall, Krankheit oder ärztlicher Behandlung - Behandlungen bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, 4 oder 5.</p>	 <p>Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus sind bei Gehunfähigkeit 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 über die medizinischen Gründe ist (außer bei Unfällen) vorzulegen. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.</p>
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgelegenen Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	 <p>Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>	 <p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus werden erstattet, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransporters benötigt werden. Erstattungsfähig sind auch Fahrtkosten bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter (Geh- oder) Sehunfähigkeit und/oder bei schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntauglichkeit besteht (s. vorherigen Leistungspunkt).</p>	 <p>s. vorherigen Leistungspunkt</p>	 <p>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).</p>	 <p>s. vorherigen Leistungspunkt</p>	 <p>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. Eine ärztliche Bescheinigung über die medizinischen Gründe ist (außer bei Unfällen) vorzulegen. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.</p>





Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Ambulante Notfalltransporte?	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Erstattet werden medizinisch notwendige Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranen-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.	 Übernommen werden bei Unfall oder Notfall medizinisch notwendige <ul style="list-style-type: none"> - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn das nächste geeignete Krankenhaus weiter weg ist, auch die Kosten dorthin. Erstattet werden auch die Kosten für Notarztfahrten, nicht jedoch für die Suche, Bergung oder Rettung nach einem Unfall.	 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.	 Erstattet werden <ul style="list-style-type: none"> - medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte* ins Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung - Notarztfahrten. * erfordern eine spezielle medizinische Betreuung	 Bei Notfällen sind Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus erstattungsfähig. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegene im Sinne der Bedingungen.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: VARIO AmbulantPlus, bis Alter 21: Erstattet werden ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva - zu 100%, einschl. ärztlicher Leistungen.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.  Erstattet werden auch Harnstest- und Blutteststreifen (keine Schwangerschaftstests) und Verbandmittel. Hinweis: Erstattet werden auch: <ul style="list-style-type: none"> - nicht verordnete Arzneimittel, bis 100 EUR p. a. - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung, bis zum 22. Geburtstag - Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“), bis 22. Geburtstag. Die Mittel müssen in der Apotheke gekauft werden. 	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.  Erstattet werden auch Harnstest- und Blutteststreifen (keine Schwangerschaftstests) und Verbandmittel. Hinweis: auch erstattungsfähig: <ul style="list-style-type: none"> - nicht verordnete Arzneimittel, bis 100 EUR p. a. (bei unterjährigem Beginn anteilig) - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung, bis Alter 21 - Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“), bis Alter 21 Die Mittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind Arzneimittel zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion erstattungsfähig. Die schriftliche Zusage wird beispielsweise von der LKH erteilt, wenn eine radikale Prostatektomie (komplette Entfernung der Prostata) erfolgt ist.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✓ Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind folgende diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke: - Bilanzierte Diäten zur Behandlung von Krankheiten, wenn ohne diese Präparate schwere gesundheitliche Schäden eintreten, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose - Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten (Trinknahrung) zur enteralen Ernährung - Elementardiäten (Trinknahrung) bei Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres, wenn eine Kuhmilchweißallergie vorliegt oder diese zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis dienen.	✓ Erstattet werden - diätetische Nährstoffe, wenn sie aus medizinischen Gründen benötigt werden, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden. - Nährmittel, wenn sie aus medizinischen Gründen zur künstlichen Ernährung mittels Trink- oder Sondennahrung (enterale Ernährung) oder über einen Venenzugang (parenterale Ernährung) benötigt werden.	✓ Ja. Erstattet werden z. B.: - Nährstofflösungen, - Zubehör und Applikationshilfen zur 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 erstattungsfähige Arzneimittel gelten auch - diätetische Lebensmittel, - Nahrungsergänzungsmittel, Nähr- und Stärkungsmittel sowie sog. Krankenkost gem. Arzneimittelrichtlinie, die aus medizinischen Gründen notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden (z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose) zu vermeiden - eine künstliche Ernährung (enteral oder durch einen Venenzugang parenteral).	✓ Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✓ Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren (sowie sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen).	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren (und ambulanten Operationszentren) ist erstattungsfähig.	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✓ In Anspruch genommen werden können Ärzte und Zahnärzte, die in medizinischen Versorgungszentren (oder Berufsausübungsgemeinschaften, Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften) tätig sind.	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	✓ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✓ Ja, Krankenhaus- und Nofallambulanzen können in Anspruch genommen werden.	✓ Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	✓ Ja. Behandlungen in Krankenhaus- und Nofallambulanzen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	<p>✔ Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte ist erstattungsfähig, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen (Behandlungspflege (insbesondere auch medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege), Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (bis zu 4 Wochen), Leistungen der Unterstützungspflege (bis zu 4 Wochen)) durchführen kann.</p> <p>Der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) muss einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen.</p> <p>Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Ja. Die Kosten für ärztlich verordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) sind erstattungsfähig - maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden übernommen, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung (nach § 36 SGB XI), endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.</p>	<p>✔ Ja. Verordnete Krankenpflege ist mitversichert; sie umfasst</p> <p>a) außerklinische Intensivpflege durch geeignete Pflegekräfte</p> <p>b) häusliche Krankenpflege, wenn die versicherte Person nicht durch einen Mitbewohner oder ihre Familie gepflegt und versorgt werden kann und der Pflegedienst einen Vertrag nach § 132 a SGB V hat.</p> <p>Erstattet werden die Kosten bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach der entsprechenden Vergütungsvereinbarung verlangen kann.</p> <p>zu a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - richtet sich an Schwerstkranke, bei denen es jederzeit zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann und deswegen die ständige Anwesenheit der Pflegefachkraft vor individueller Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist (etwa bei künstlicher Beatmung) - für pflegerische Maßnahmen, für die die private Pflegepflichtversicherung zuständig ist, wird nicht geleistet <p>zu b)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, die einen Krankenhausaufenthalt vermeidet oder abkürzt - medizinische Leistungen, die die ärztliche Behandlung ermöglichen und sichern (etwa Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel) - Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn kurzfristig keine Selbstversorgung möglich ist (etwa nach OP oder Behandlung im Krankenhaus) 	<p>✔ 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 für 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.</p> <p>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.</p> <p>Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.</p>	<p>✔ Anspruch auf ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege besteht, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn diese durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird; je Krankheitsfall bis zu 4 Wochen für erforderliche Behandlungs- und Grundpflege** sowie hauswirtschaftliche Versorgung*** (in begründeten Ausnahmefällen auch länger).</p> <p>Leistungen für Behandlungs- und Grundpflege werden darüber hinaus ohne zeitliche Begrenzung gewährt, wenn diese Maßnahme zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und (solange) kein Pflegegrad 2 oder höher vorliegt.</p> <p>Der genaue Leistungsumfang ist den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Krankenpflege zu entnehmen (dortiges Leistungsverzeichnis).</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VP muss auf häusliche Krankenpflege angewiesen sein und kann nicht durch eine in diesem Haushalt lebende Person oder durch einen Familienangehörigen gepflegt oder versorgt werden - kein Leistungsanspruch gegenüber der PPV - Leistungserbringer hat mit GKV-Spitzenverband laufenden Vertrag nach § 132 a Abs. 1 SGB V geschlossen <p>* z. B. Medikamentengabe, Wundversorgung, Injektionen, Katheterwechsel ** Unterstützung bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens wie Körperpflege, Ausscheidungen, Ernährung *** z. B. Zubereitung von Mahlzeiten, Einkaufen, Reinigung der Wohnung</p> <p>Weiteres s. Bedingungen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche verordnete</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, - Intensiv-Behandlungspflege sowie in diesem Zusammenhang zusätzliche Aufwendungen für - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall (Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann). <p>Die Leistungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband geschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte. Leistungen von anderen Kostenträgern (z. B. Pflegepflichtversicherung) sind anzurechnen.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Palliativversorgung?	<p>✓ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind zu 100% bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.</p>	<p>✓ Ja. Ambulante Palliativversorgung (gem. § 37 b SGB V) ist erstattungsfähig, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132 d SGB V) verfügen.</p>	<p>✓ Ärztlich verordnete SAPV wird erstattet, wenn der Leistungserbringer einen Vertrag nach § 132 d SGB V hat - bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach dieser Vergütungsvereinbarung verlangen kann.</p> <p>Die versicherte Person muss an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die ihre Lebenserwartung begrenzt und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p>	<p>✓ 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.</p>	<p>✓ Ärztlich verordnete SAPV ist erstattungsfähig, soweit sie darauf abzielt, die Betreuung der VP in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der Anspruch besteht auch in stationären Pflegeeinrichtungen.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu dem Betrag, der für die Versorgung einer VP in den vom PKV-Verband oder der GKV dafür abgeschlossenen Vergütungsverträgen vereinbart wurde. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der PPV sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.</p> <p>Voraussetzungen: - VP muss unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigen - Versorgung muss durch einen geeigneten Leistungserbringer erfolgen, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat; es können auch ambulante Hospizdienste in Anspruch genommen werden, die von einer GKV gefördert werden</p>	<p>✓ Ärztlich verordnete und durch einen Arzt oder eine zuständige Fachkraft durchgeführte spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig. Die Versorgung kann im häuslichen Umfeld erfolgen, wozu z.B. auch Senioren- oder Pflegeeinrichtungen zählen. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen kann. Leistungen von anderen Kostenträgern (z. B. Pflegeversicherung) werden angerechnet.</p>
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	<p>✓ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. 10-tägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - medizinische Notwendigkeit muss jeweils durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe.</p> <p>sonstige Kur: höchstens einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren; Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden Genesungskur: zusätzlich 200 EUR täglich für längstens 4 Wochen; Dauer ist durch die Unterkunftsrechnung nachzuweisen.</p>	<p>✓ Bei einer ärztlich verordneten Kur werden Heilmittel (bis zu 130% der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes), ärztliche Leistungen und Arzneimittel erstattet, aber keine Kurtaxe, Unterbringungs- und Verpflegungskosten.</p>	<p>✓ Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 3.000 EUR erstattet.</p> <p>* ärztliche Leistungen, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe</p>	<p>✓ 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. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen von ärztlich verordneten Kur-/ Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren) für: - ärztliche Leistungen - Unterkunft und Verpflegung in der Kurklinik (mit Versorgungsvertrag gem. § 111 c SGB V) - Arzneimittel - Heil- und Kurmittel - Kurtaxe und Kurplan, bis zu 3.000 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren.</p>	<p>✓ Aufwendungen* für ärztlich angeordnete Kurbehandlungen werden zu 100% erstattet. Ein Anspruch besteht erstmals nach 2-jähriger Versicherungsdauer; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.</p> <p>* ärztliche medizinische/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel</p>

Vorschlag für Erstellt durch Kv Werk , Christian Faber

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine Online Build: 8872 Lizenziert für Kv Werk, Datenbankversion: 3.0.655, DID: 22500911894977447, Erstellt: 15.12.2024 13:33:43







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht 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.	✓ Leistungen, die von in den Bedingungen genannten Leistungserbringern in Heil- und Kurorten erbracht werden, sind grundsätzlich erstattungsfähig.	✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.
Ambulant						
Sonstiges	✓ Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Soziotherapie - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung. Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✓ VARIOAmbulantPlus: weitere Leistungen: - Personalkosten hauswirtschaftlicher Versorgung (bei schwerer Erkrankung, Schwangerschaft/Entbindung), bis max. 80 EUR pro Tag für max. 28 Tage p. a. (übernimmt GesundheitVARIO Leistungen o. besteht Leistungspflicht der PPV, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif) - zu 50% aus insgesamt max. 600 EUR p. a. Präventionskurse u. sportmedizinische Untersuchungen (u. ggf. tauchsportärztliche Untersuchungen) Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen. Soweit im GesundheitVARIO ein Selbstbehalt abgezogen wird, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Kosten und ist nicht erstattungsfähig. GesundheitVARIO400: weitere Leistungen: - sozialpädiatrische Behandlungen (Frühförderung) in Einrichtungen mit GKV- o. PKV-Vertrag (bis zu den mit GKV/PKV-Verband vereinbarten Beträgen) - verordnete Soziotherapie (im Rahmen GOÄ bis zu den mit GKV/PKV-Verband vereinbarten Beträgen) - ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen bei chronisch (schwerst)kranken Kindern/Jugendlichen - nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung o. schweren Mehrfachbehinderungen - Hinzuziehen eines Gebärdendolmetscher, sofern für die Inanspruchnahme der Tarifleistungen erforderlich - Such-, Rettungs- u. Bergungskosten nach Unfall, bis max. 10.000 EUR je Versicherungsfall - Erst- u. Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Asthma); Abrechnung im Rahmen GOÄ, durch anerkannten Therapeuten gem. Bedingungen	✓ Innovationsgarantie: Versicherungsschutz passt sich automatisch an Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden, an. zusätzliche Leistungen: - zertifizierte Gesundheitskurse (z. B. zur Suchtprävention, Stressbewältigung und Bewegungsprogramme) bis 400 EUR p. a.; Kosten können über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht werden - Frühförderung in Frühförderstellen (vor der Einschulung) - sozialpädiatrische Behandlung (bis zum 18. Geburtstag) - ärztlich verordnete Soziotherapie (120 Stunden je laufende Behandlung) - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprach- und Schriftdolmetscher) - Betreuungspauschale für erkranktes, höchstens 11 Jahre altes oder behindertes Kind (100 EUR tgl., max. 15 Tage p. a.); Kind und betreuender Elternteil müssen in einem der MeinGesundheitsschutz-Tarife versichert sein - Geburtsvorbereitung (auch Schwangerschaftsgymnastik) und Rückbildungsgymnastik - Behandlung und Unterkunft im Geburtshaus - Haushaltshilfen (bis 100 EUR tgl., max. 30 Tage p. a.) - ärztlich verordnete Alternativmedizin durch Hebammen, Entbindungspfleger, Angehörige staatlich anerkannter Assistenz-Berufe Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	✓ 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. Gebärdensprach- 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 genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	✓ Innovationsvorsorge: Damit der Versicherungsschutz im Interesse des VN möglichst zeitnah an neue medizinisch anerkannte Heilbehandlungsmethoden angepasst werden kann, prüft der Versicherer, ob eine Erweiterung der tariflichen Leistungen möglich und zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich ist. zusätzlich erstattungsfähig: - Video-Beratungen und -Untersuchungen (Telemedizin) - Osteopathie und Chiropraktik durch dafür ausgebildete Ärzte - Haushaltshilfen (u. a. bei stationärem Aufenthalt, schwerer Erkrankung, ambulanter OP, Schwangerschaft/Entbindung), 100 EUR tgl. (ggf. zeitlich begrenzt) - sozialpädiatrische Behandlung (bis Alter 17) und Frühförderung (vor der Einschulung) - Soziotherapie, bis zu 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren je Krankheitsfall - zertifizierte Gesundheitskurse zur Prävention und Gesundheitsförderung, bis 400 EUR p. a. (bei unterjährigem Beginn anteilig) - Bergungskosten, bis 5.000 EUR je Versicherungsfall (bei unterjährigem Beginn anteilig) - Behandlung und Unterbringung im Geburtshaus Die genauen/Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	✓ weitere tarifliche Leistungen: - 2 zertifizierte Präventionskurse, bis insgesamt 200 EUR p. a. (mind. 80%ige Teilnahme muss nachgewiesen werden) - verordnete Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall (Vorlage Betreuungsplan + schriftliche Leistungsanzeige des Versicherers vorab erforderlich) - Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (Vorlage Überweisung durch niedergelassenen und approbierten Arzt erforderlich) - Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers - Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungsgymnastik, Beratung/Unterstützung durch Hebamme/Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld. Die genauen/Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
		- Wochenbettgymnastik, Schwangerschafts- u. Rückbildungsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurs (auch für den Partner). Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.				

























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ VARIOKlinikPlus: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig. GesundheitVARIO400: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer (oder auch Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer (oder Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ VARIOKlinikPlus: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. GesundheitVARIO400: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer (oder auch Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer (oder Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ VARIOKlinikPlus: Ja, Privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. GesundheitVARIO400: Nein, Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✔ Ja, Privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, Privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ VARIOKlinikPlus: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig (belegärztliche Leistungen > 3,5-fach, s. nächsten Leistungspunkt). GesundheitVARIO400: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.




















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	 Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	 VARIOKlinikPlus: Gesondert berechenbare wahlrätliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, wenn diese nach den Grundsätzen der GOÄ berechnet werden (entsprechende Honorarvereinbarung muss vorgelegt werden). Belegärztliche Leistungen, die über die Höchstsätze der GOÄ hinausgehen, werden, wenn sie nach den Grundsätzen der GOÄ berechnet werden (und eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt), zu 100% erstattet. GesundheitVARIO400: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	 Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	 Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei Abschluss einer rechtswirksamen Honorarvereinbarung).	 Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung).
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	 Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Es gelten keine deutschen Gebührensätze oder Begrenzungen auf die Höhe der Leistungen anderer Leistungsträger; der Höchstbetrag für Krankenhausleistungen in Privatkliniken entfällt. Kann die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden, erstattet der Versicherer auch die Kosten für die direkte Reise vom deutschen Wohnsitz der versicherten Person zum Behandlungsort und zurück - auch für eine Begleitperson (aber keine Unterbringungskosten). Soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Verkehrsmittel zu nehmen. Der Versicherer ist schnellstmöglich über den Krankenhausaufenthalt zu informieren.	 Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung entsprechen. Erstattet werden Krankenhausleistungen, Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt, separat berechenbare privatärztliche Behandlungen, Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer, eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung.	 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach den Abschnitten B.1 bis B.13 (AVB, Teil II) nach den im Ausland geltenden ortsüblichen Kosten. Einschränkungen auf deutsche Gebührensätze für ärztliche Leistungen oder die Höchstbeträge für stationäre Behandlungen in deutschen Privatkliniken gelten nicht. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten wird anhand der im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen bemessen. Fehlen diese, bemisst sich die Erstattungsfähigkeit nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen. Bei Aufnahme in einem Krankenhaus ist der Versicherer unverzüglich zu informieren.	 Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	 Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegegesetzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).	 In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen (keine wahlärztlichen) Leistungen; Heilmittel werden bis zu 130% der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet. Hinweis: preiswerteste Zimmerkategorie	 Erstattet werden  - 1-/2-Bettzimmer, Mehrbettzimmer, - Verpflegung und Krankenhauspflege, - Arznei- und Heilmittel, - medizinisch begründete Nebenkosten, - Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, - als Krankenhausleistungen berechnete Arztkosten, bis zu 250% der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung (etwa Uniklinik) verlangt hätte. Hierfür kommt es auf das Krankenhaus der Maximalversorgung an, das am nächsten zum Wohnsitz der versicherten Person liegt. Der Höchstbetrag gilt nicht bei Notfallbehandlung. Hinweis: 150% über KHEntG/BPflV einschl. 1-/2-Bettzimmer	 Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Krankenhausleistungen in Kliniken, die nicht dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) oder der Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) unterliegen.	 Rechnet ein Krankenhaus nicht nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) ab, werden die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen bis zu 250% der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Versorgungsauftrag in Wohnsitznähe verlangt hätte. Diese Begrenzung gilt nicht bei akuten Notfallbehandlungen.	 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.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	 Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	 VARIOKlinikPlus: Alle versicherten Wahlleistungen werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu 100%. GesundheitVARIO400: Es sind keine Wahlleistungen versichert.	 Die Kosten für die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer werden insgesamt (einschl. aller anderen Kosten, s. vorherigen Leistungspunkt) bis zu 250% der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung verlangt hätte, erstattet. Hinweis: Gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet.	 Erstattet werden die Kosten für - die separat berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer (Wahlleistung) - separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (Wahlleistungen einschl. Belegärzte).	 Bei stationärer Behandlung hat die VP die Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Als Krankenhaus gelten auch Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.	 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.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	<p>✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Erstattet werden medizinisch notwendige Rettungsfahrten und -flüge oder die medizinisch notwendige Verlegung zum Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranke-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.</p> <p>Kosten für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen zur Behandlung geeigneten Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn dafür eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens benötigt werden.</p> <p>Darüber hinaus erstattet der Versicherer nachgewiesene Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung bis zu 50 EUR für die Hin- und Rückfahrt bei ärztlich bescheinigter Krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahrtauglichkeit besteht. Die Begrenzung entfällt in folgenden Fällen: Fahrten zur stationären Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie, bei ambulanten stationärsetzenden Eingriffen im Krankenhaus (am OP-Tag), bei stationären Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.</p>	<p>✔ Übernommen werden medizinisch notwendige</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn das nächste geeignete Krankenhaus weiter weg ist, auch die Kosten dorthin. <p>Auch eine Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung nach Verlegung voraussichtlich noch mind. 7 Tage andauern und der Transport vom Versicherer organisiert wird.</p> <p>Für Fahrten bei einem Krankenhausaufenthalt übernimmt der Versicherer die Kosten, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann.</p>	<p>⚠ Ja. Versichert sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - medizinisch nicht notwendige Verlegung (Wunschverlegung); 1x pro Versicherungsfall, sofern sich das Krankenhaus sich im selben Land wie das vorherige Krankenhaus befindet und der Transport über Land stattfindet (z. B. mit einem Krankenwagen); keine intensivmedizinische Betreuung während des Transports - Bergungskosten bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. private Unfallversicherung) leistungspflichtig ist. <p>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.</p>	<p>✔ Erstattet werden medizinisch notwendige</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rettungs- und Krankentransporte* ins Krankenhaus zur stationären Behandlung - Krankentransporte zur stationären Behandlung, wenn die VP aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann. Gleiches gilt entsprechend für eine Rückfahrt. <p>* erfordern eine spezielle medizinische Betreuung</p> <p>Als Krankentransporte gelten auch Fahrten mit dem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxi und öffentlichen Verkehrsmitteln - privatem PKW (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer). <p>Wird die Verlegung der VP in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands gewünscht, ist eine einmalige Verlegung pro Versicherungsfall erstattungsfähig, wenn nach der Verlegung der Krankenhausaufenthalt aus medizinischen Gründen voraussichtlich für mind. 7 Tagen erforderlich sein wird. Erstattung wird auf das jeweils kostengünstigste Transportmittel begrenzt, das der medizinischen Notwendigkeit entspricht; bei Nutzung eines privaten PKWs Pauschale von 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer. Der Versicherer empfiehlt, vor Beginn der Verlegung von ihm prüfen zu lassen, ob und in welcher Höhe Aufwendungen erstattungsfähig sind.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Krankentransporte und -transporte bis 100 km Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.</p>
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	<p>✔ Bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmers werden 50 EUR pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung werden 50 EUR pro Tag gezahlt.</p>	<p>✔ VARIOKlinikPlus: Bei Verzicht auf die Wahlleistung - "Unterbringung im 1-Bettzimmer" werden 20 EUR - "Unterbringung im 1- und 2-Bettzimmer" 50 EUR - "wahlärztliche Leistungen" 50 EUR gezahlt.</p> <p>GesundheitVARIO400: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.</p>	<p>✔ Zahlung eines Krankenhaustagegeldes bei Verzicht auf</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gesondert berechnungsfähige Arztkosten (Chefarzt und Belegarzt): 40 EUR b) zusätzlich berechnungsfähige Unterkunft im 1- und 2-Bettzimmer: 70 EUR, bis Alter 15 jeweils hälftig. <p>Keine Zahlung nach a) und b) bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - ganztägiger Beurlaubung, - einer Behandlung von weniger als 24 Stunden je Tag (teil- oder tagesstationär), der Aufnahmetag wird gezahlt nach b) - für den Entlassungstag - bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation. 	<p>✔ Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ein 2-Bettzimmer gewählt, werden 20 EUR täglich gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer 40 EUR und bei Verzicht auf separat vereinbarte privatärztliche Behandlung 60 EUR. Bei teilstationärer, vor- und nachstationärer Behandlung sowie bei ambulanten stationärsetzenden Operationen erfolgt keine Zahlung.</p>	<p>✔ Bei Behandlungen in einem Krankenhaus, das nach BPAIV oder KHEntgG abrechnet, werden bei Verzicht auf gesondert berechenbare</p> <ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Leistungen (Verzicht „Wahl-/Belegarzt etc.“) und/oder - Unterbringung im 1-/2-Bettzimmer <p>jeweils 50 EUR täglich gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als volle Tage.</p> <p>bis Alter 20: hälftiges Ersatzkrankenhaustagegeld</p>	<p>✔ Für Erwachsene* wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterbringung im 3- oder Mehrbettzimmer. - Verzicht auf privatärztliche Behandlung. <p>* Kinder und Jugendliche, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten die hälftigen Sätze.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- 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.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✘ Kein Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✔ Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.	✔ Bei Behandlungen in gemischten Krankenanstalten ist keine Zusage erforderlich.	✔ Der Versicherer erstattet die Kosten für medizinisch notwendige akut-stationäre Heilbehandlung in gemischten stationären Einrichtungen.	✔ Leistungen von Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Genesene aufnehmen (sogenannte gemischte Krankenanstalten), sind erstattungsfähig. Hinweis: AVB, Teil I: Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.	✔ Die tariflichen Leistungen werden auch ohne vorherige schriftliche Zusage gewährt, wenn - es sich um eine Notfallweisung 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, oder - es sich um eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (s. auch Leistungspunkt "stationäre Anschlussreha"), für die der Versicherer leistungspflichtig ist, handelte.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: 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, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja. Erstattet werden Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung (auf Basis des § 39 a SGB V) verfügen; Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.	✔ Die Versorgung in einem Hospiz* ist erstattungsfähig, wenn die versicherte Person - an einer nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankung, die ihre Lebenserwartung verkürzt, leidet - auf diese Versorgung angewiesen ist (keine Krankenhausbehandlung benötigt wird). Der Anspruch aus der privaten Pflegepflichtversicherung hat Vorrang. * selbstständige Einrichtung mit dem Versorgungsauftrag, unheilbar kranke Patienten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinisch zu behandeln	✔ 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.	✔ Aufwendungen für eine Versorgung in einem Hospiz sind erstattungsfähig. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie von der GKV in einem vergleichbaren Fall verlangt werden können. Soweit ein Anspruch auf Kostenerstattung der PPV besteht, werden diese Leistungen angerechnet. Die Leistungen der PPV sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Voraussetzungen: - VP leidet unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit verkürzter Lebenserwartung - stationäre Behandlung im Krankenhaus ist nicht erforderlich und die VP ist auf die Versorgung in einem Hospiz angewiesen	✔ Ja. Ärztlich verordnete stationäre Hospizaufenthalte sind erstattungsfähig; Leistungen anderer Kostenträger (z. B. aus der Pflegeversicherung) werden angerechnet.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.	✔ Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten - höchstens 11 Jahre alten - Kindes erstattet der Versicherer die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (allgemeine Krankenhausleistungen).	✔ Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch Kosten für eine aus medizinischen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson. Wenn die versicherte Person jünger als 12 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson als medizinisch begründet.	✔ Ja. Wird neben einem versicherten Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auch ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden die Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson erstattet, wenn diese nicht in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten ist.	✔ Die gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson wird erstattet, sofern sie medizinisch erforderlich ist (z. B. bei Kindern bis Alter 15). ⚠ Hinweis: Rooming-in ist z. B. auch bei umfangreich pflegebedürftigen Personen mitversichert, sofern medizinisch erforderlich	✔ Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson sind die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Bei versicherten Personen bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird vom Vorliegen medizinischer Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson ausgegangen.
- Kuren stationär?	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. 10-tägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - medizinische Notwendigkeit muss jeweils durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. sonstige Kur: höchstens einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren; Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden Genesungskur: zusätzlich 200 EUR täglich für längstens 4 Wochen; Dauer ist durch die Unterkunftsrechnung nachzuweisen.	✔ Bei einer ärztlich verordneten Kur werden Heilmittel (bis zu 130% der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes), ärztliche Leistungen und Arzneimittel erstattet; keine Kurtaxe, Unterbringung und Verpflegung, wahlärztliche Leistungen.	✔ Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 3.000 EUR erstattet. * ärztliche Leistungen, Unterkunft und Verpflegung in der Kurklinik, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe	✔ 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. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen von ärztlich verordneten Kur-/ Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren) für: - ärztliche Leistungen - Unterkunft und Verpflegung in der Kurklinik (mit Versorgungsvertrag gem. §111 c SGB V) - Arzneimittel - Heil- und Kurmittel - Kurtaxe und Kurplan, bis zu 3.000 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren. Leistungen von Sanatorien sind ebenso erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen* für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlungen werden bis zu 50 EUR täglich, für längstens 28 Tage erstattet. Ein Anspruch besteht erstmals nach 2-jähriger Versicherungsdauer; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren, gerechnet vom Beginn der Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung. * allgemeine Krankenhausleistungen, ärztliche/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Sonstiges	<p>✔ Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung, sofern sie</p> <ul style="list-style-type: none"> - unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt, - in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und - keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. <p>Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.</p>	<p>✔ VARIOKlinikPlus: Ambulante Operationen Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, die über die Höchstsätze der GOÄ hinausgehen, im Rahmen von ambulanten stationärsetzenden Eingriffen im Krankenhaus zu 100%, wenn eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt. Ärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der GOÄ erstattungsfähig.</p> <p>GesundheitVARIO400: Erstattungsfähig sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante stationärsetzende Eingriffe im Krankenhaus (bis zu den GOÄ-Höchstsätzen) - Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus - Gebärdendolmetscher - stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher festgestellt ist; nicht erstattungsfähig sind Unterbringungs- und Verpflegungskosten. <p>Spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung endet die Leistung aus diesem Tarif.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch Kosten für eine Übergangspflege, bis zu 10 Tage je Krankenhausbehandlung. Voraussetzungen/ weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Versichert sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante stationärsetzende 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. Gebärdens- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. <p>Die genauen/weiteren Voraussetzungen/ Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch die Kosten für eine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die VP zuvor behandelt wurde; bis zu dem Betrag, den die GKV hierfür akzeptiert (Voraussetzungen/Details s. Bedingungen) - stationäre zahnärztliche Behandlung, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann (Versicherer empfiehlt Prüfung durch ihn vor Behandlungsbeginn). 	<p>✔ Weitere tarifliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (Vorlage Überweisung durch niedergelassenen und approbierten Arzt erforderlich) - Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit anschließender stationärer Betreuung im Wochenbett - Wunscherlegung: innerhalb Deutschlands in ein mind. 50 km entferntes Krankenhaus, 1x pro Versicherungsfall (vollstationäre Behandlung muss nach Verlegung voraussichtlich noch mind. 7 Tage andauern, der Transport muss medizinisch vertretbar sein + die Verlegung vom Versicherer organisiert werden). <p>Die genauen/Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt werden zu den unter dem Punkt "Zahn" genannten %-Sätzen erstattet.</p>

























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung (einschl. Zahnvorsorge (Abschnitt B der GOZ + GOZ-Ziffern 0010, 2000, 4050, 4055, 4060)) ist zu 100% erstattungsfähig.	GSZ100: Zahnbehandlung (einschl. Prophylaxe* und professionelle Zahnreinigung (PZR)) wird zu 100% erstattet. * u. a.: Fissurenversiegelung, Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen, Reinigung der Zahnzwischenräume, Oberflächenpolitur, geeignete Fluoridierungsmaßnahmen Erstattung bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm": - PZR 1x p. a., bis 130 EUR - Kontrolluntersuchungen 2x p. a., bis jeweils 60 EUR (ohne Anrechnung auf die Summenbegrenzung/Zahnstaffel) GSB90: Die Kosten für Zahnbehandlung sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung wird zu 100% erstattet.	Zahnbehandlung (einschl. zahnprophylaktischer Leistungen) ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 70% erstattungsfähig.  Hinweis: Der Versicherer erstattet Kosten für Zahnersatz zu 90%, abzüglich der nach Tarif GesundheitVARIO erstatteten Versicherungsleistungen.	GSZ100: Zahnersatz (einschl. Keramikverblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne) wird zu 100% erstattet. GSB90: Die Kosten für Zahnersatz sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	Zahnersatz (einschl. Kunststoff- und Keramikverblendungen, Keramikverblendschalen (Veneers)) wird zu 100% erstattet.	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	GSZ100: Kieferorthopädie* wird zu 100% erstattet. * u. a. auch: - Keramik-, Mini-, selbstligierende Brackets - superelastische, thermoelastische farblose Bögen - unsichtbare Zahnschienen - Lingualtechnik GSB90: Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie* wird zu 100% erstattet. * u. a.: - Mini-, Keramik-, Kunststoffbrackets - selbstligierende Brackets - farblose und hocheelastische Bögen - unsichtbare Zahnschienen (Aligner-Therapie) - innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik) - Retainer	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 20. Lebensjahres erstattungsfähig. Hinweis: altersunabhängig, wenn die Kieferorthopädie - aufgrund eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalles notwendig ist oder - wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts, der Kiefer oder einer skelettalen Dysgnathie erforderlich ist und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie wird bis zum 21. Geburtstag erstattet. keine Altersgrenze bei - Unfall (als Unfall gilt nicht, wenn ein Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern)) - schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Fehlstellung) im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Hinweis: keine Altersbeschränkung - für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind oder - in Fällen schwerer Erkrankungen* im Zusammenhang mit einer kombinierten kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Behandlung (* angeborene Gesichts- oder Kieferfehlbildungen, skelettale Dysgnathien, Fehlstellungen infolge von Verletzungen)	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	 VARIOZahnPlus: Leistungen für Zahnersatz sind über die Höchstsätze der GOZ und GOÄ hinaus erstattungsfähig (zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen > 3,5-fach, s. nächsten Leistungspunkt). GesundheitVARIO400: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) und GOÄ vorhanden.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	 VARIOZahnPlus: Die Leistungen für Zahnersatz sind nach den Grundsätzen der GOZ und GOÄ über die dort festgelegten Höchstsätze hinaus erstattungsfähig (entsprechende Honorarvereinbarung muss vorgelegt werden). Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen, die über die Höchstsätze der GOZ und GOÄ hinausgehen, werden, wenn sie nach den Grundsätzen der GOZ und GOÄ berechnet werden (und eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt), zu 100% erstattet. GesundheitVARIO400: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ und GOÄ vorhanden.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden (bei Abschluss einer rechtswirksamen Honorarvereinbarung).	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden (bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung).







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✔ Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten, ohne die Begrenzung auf deutsche Gebührensätze; die Summenbegrenzung/Zahnstaffel gilt jedoch auch bei Auslandsbehandlungen.	✔ Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den jeweiligen Behandelnden entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach den Abschnitten B.1 bis B.13 (AVB, Teil II) nach den im Ausland geltenden ortsüblichen Kosten. Einschränkungen auf deutsche Gebührensätze für zahnärztliche Leistungen gelten nicht. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten wird anhand der im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen bemessen. Fehlen diese, bemisst sich die Erstattungsfähigkeit nach der jeweils landesüblichen Gebührenehöhe für vergleichbare Leistungen.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ VARIOZahnPlus, GesundheitVARIO400: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Erstattet werden die Kosten für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind im Rahmen der bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	✔ bedingungsgemäße Zahnstaffel: Die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge für Zahnersatz (einschl. Reparaturen) und Kieferorthopädie sind vom 1. bis 3. KJ. auf insgesamt 10.000 EUR begrenzt. Hinweis: individuelle Zahnstaffel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.	✔ Die Erstattung ist in den ersten 3 Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 6.000 EUR begrenzt. Hinweis: Zahnersatz Soweit im Tarif GesundheitVARIO ein Abzug aufgrund des dort vereinbarten Höchstsatzes nach Abschnitt II. C 3.3* in den ersten 3 Kalenderjahren erfolgt, gehört dieser nicht zu den erstattungsfähigen Kosten nach Tarif VARIO ZahnPlus. Solange im Tarif GesundheitVARIO noch ein Höchstsatz nach Abschnitt II. C 3.3* für den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag besteht, gilt dieser in gleicher Höhe auch für den Tarif VARIO ZahnPlus. * Abschnitt II. C.3.3: Die Erstattung ist in den ersten 3 Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 6.000 EUR begrenzt (Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung).	✔ Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.500 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 4.000 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren	✘ 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.	✔ Die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt auf - 1.250 EUR während des 1. Kalenderjahres (Kj.) - 2.500 EUR während der ersten 2 Kj. - 5.000 EUR während der ersten 3 Kj.; anteilige Erstattung bei unterjährigem Beginn. Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie zahnprophylaktische Maßnahmen unterliegen nicht der Summenbegrenzung.	✔ Die maximale Erstattung ist begrenzt auf - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000 EUR im 2. Kalenderjahr - 3.000 EUR im 3. Kalenderjahr.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Beide Summenbegrenzungen (individuelle und bedingungsgemäße) entfallen für Kosten, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Diese Begrenzung gilt nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.	✔ Die Höchstbeträge gelten nicht bei einem Unfall. Sie gelten aber, wenn ein Zahn beim Essen geschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern) oder herausnehmbarer Zahnersatz beim Reinigen beschädigt wird.	✔ Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	✔ Die Leistungsbegrenzung findet keine Anwendung auf erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Die Summenbegrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500,00 EUR überschreiten werden. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.500,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50 % gekürzt.	✓ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädischen Behandlungen ab einem Betrag von 2.500 EUR empfohlen.	✓ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei Zahnersatz, Inlays, Implantaten und Kieferorthopädie empfohlen.	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 70% erstattet.	✓ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers ab 5.000 EUR Rechnungsbetrag empfohlen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Plans, der vor Behandlungsbeginn eingereicht wird, werden übernommen.	✓ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✓ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✓ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✓ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✓ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✓ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✓ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✓ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	✓ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	✓ Inlays* (Einlagefüllungen) werden wie Zahnbehandlung erstattet. * etwa aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramik-Material (auch auf Goldgerüst) und Glas-Keramik	✓ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. "Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen)" und "funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)" zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	✓ Einlagefüllungen* (beispielsweise Inlays, Onlays) werden wie Zahnbehandlung (und Zahnersatz) erstattet. * aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst), Glaskeramik	✓ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.
Sonstiges		✓ Erstattet werden auch nachgewiesene Fahrtkosten zur (ambulanten und) zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu 50 EUR für die Hin- und Rückfahrt bei: - ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit - schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahrtauglichkeit besteht.	✓ Erstattet - zu 100% - werden auch: - funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen am Kauapparat (Gnathologie) einschl. Aufbissbehelfe und Schienen - Zahnaufhellung (Bleaching), bis 150 EUR innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren - schmerzlindernde Behandlungen* (insbesondere Akupunktur, Analgo-Sedierung (Dämmer Schlaf), Hypnose, Lachgas-Sedierung, Vollnarkose) sowie in der Apotheke gekaufte Arznei- und Verbandmittel * bei Leistungserbringung durch einen Arzt oder Heilpraktiker besteht Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für MeinGesundheitsschutz Plus oder MeinGesundheitsschutz Best	✓ 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.	✓ Erstattet werden auch: - (Kranken-)Fahrten* bei zahnärztlicher Behandlung - funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), Aufbissbehelfe und Schienen (auch DROS-Schienen) - Zahnaufhellung (Bleaching), bis 300 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - alternative schmerzlindernde Behandlungen (beispielsweise Akupunktur, Hypnose, Lachgassedierung, Analgosedierung (Dämmer Schlaf), bis 300 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren * Details sind den Bedingungen zu entnehmen Bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktischen Maßnahmen handelt es sich um SB-/GB-neutrale Leistungen.	


Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✓ einsA expert plus 1, T42 plus: Markteinführung: 01.2013	✓ VARIOKlinikPlus, VARIOZahnPlus, GesundheitVARIO400, KTAN43: Markteinführung: 01.2020 VARIOAmbulantPlus: Markteinführung: 02.2020	✓ GSZ100, GSB90: Markteinführung: 05.2024 KTA7W: Markteinführung: 01.2013	✓ AM12, S1, Z9: Markteinführung: 03.2017 TA 6: Markteinführung: 01.2013 PPN: Markteinführung: 1995	✓ GUP500, KTA43: Markteinführung: 12.2024	✓ Markteinführung: 10.2019
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		✓ VARIOKlinikPlus, VARIOAmbulantPlus, VARIOZahnPlus, GesundheitVARIO400, KTAN43: Tarif ist aktuell.	✓ GSZ100, GSB90: Tarif ist aktuell.	✓ AM12, S1, Z9: Tarif ist aktuell.	✓ GUP500, KTA43: Tarif ist aktuell.	✓ Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):		Kein Vorgängertarif bekannt.	Keine Leistung vorhanden.	✓ TA 6: Markteinführung Vorgängertarif "TA 6": 1979 S1: Kein Vorgängertarif vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (5 Jahre bei ambulanten Operationen).	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 (5 Jahre: (angeratene) Maßnahmen der künstlichen Befruchtung / Untersuchungen oder Kontrollen im Krankenhaus o. ä.).	✓ 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.	Nein, der Abfragezeitraum für (ambulante und stationäre) Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 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 rückwirkend.
- 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.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✓ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen?" und "(...) oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?"	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/ bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden (...)"?	Nein, im Antrag wird gefragt: " Bestanden in den letzten drei Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen oder sonstige Gesundheitsstörungen?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✓ Bis zu 3 fehlende, nicht ersetzte Zähne (Ersatz ist nicht angeraten oder beabsichtigt) sind versicherbar. 1 fehlender Zahn: keine Einschränkungen 2 und 3 fehlende Zähne: individuelle Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ... Jahre") ab 4 fehlenden Zähnen: Versicherungsmöglichkeit besteht, sobald diese ersetzt sind	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✓ Fehlende Zähne sind mitversichert (20% Risikozuschlag je fehlenden Zahn).	Keine Leistung vorhanden.	Es liegen keine Informationen vor.	✓ - 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





Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Lt. Info des Versicherers sind Kinder allein versicherbar, wenn es sich um ein versicherungsmedizinisch 'gutes Risiko' handelt (Antrag inkl. Nachweis der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen), die Begründung des Vermittlers 'schlüssig' und ein Elternteil privat vollversichert ist.	✔ Kinder sind ab dem 2. Lebensjahr alleine versicherbar. Zur Annahmeprüfung ist der U7-Untersuchungsbericht erforderlich.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar, sofern mind. ein Elternteil in einer PKV vollversichert ist.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Kinderalleinverticherung unter folgenden Voraussetzungen möglich: - nahtloser Übertritt aus deutscher GKV oder PKV - reguläre Risikoprüfung - zusammen mit dem Antrag sind die (bis zu dem entsprechenden Alter des zu versichernden Kindes) erforderlichen U-Untersuchungen nachzuweisen
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	GSZ100, GSB90: Bei Leistungsfreiheit wird eine BRE von 10% des jährlichen Tarifbeitrages gezahlt.	AM12, Z9: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	s. nächsten Leistungseintrag	s. nächsten Leistungseintrag
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?			GSZ100, GSB90: gleiche BRE wie Erwachsene			
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?					✔ Gesundheitsbonus (GB) bei Leistungsfreiheit ab Vertragsbeginn: 750 EUR ⚠ Wurden Leistungen in Anspruch genommen, gilt folgende Staffel: 250 EUR für 1 leistungsfreies Kalenderjahr (Kj.) 500 EUR für 2 leistungsfreie Kj. 750 EUR für 3 leistungsfreie Kj. Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	✔ Bei Leistungsfreiheit wird eine garantierte Pauschalersatzung für Gesundheitsleistungen (PE) von 600 EUR pro Kalenderjahr für Erwachsene, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben, gezahlt.
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?					✔ bis Alter 20: hälftiger GB	✔ hälftige PE
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	BRE ab 2024 (Auszahlung in 2025 ff.): 1 MB für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 MB für 2 leistungsfreie Jahre 2 MB für 3 und mehr leistungsfreie Jahre	s. nächsten Leistungseintrag	GSZ100, GSB90: BRE: - 1 Jahr leistungsfrei: 15% des Jahresbeitrags (BONUS 15) - 2 Jahre leistungsfrei: 20% des Jahresbeitrags (BONUS 20) - 3 Jahre leistungsfrei: 25% des Jahresbeitrags (BONUS 25) - 4 Jahre und mehr leistungsfrei: 30% des Jahresbeitrags (BONUS 30)	AM12: Die BRE beträgt 3 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr im ambulanten Bereich. Z9: Die BRE beträgt 3 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr im zahnärztlichen Bereich.	BRE (LKH-Benefit) bei Leistungsfreiheit für den ambulanten, zahnärztlichen und stationären Versicherungsschutz: Stufe 0 - keine Leistungsfreiheit: 0 MB Stufe 1 - 1 Jahr: 2 MB Stufe 2 - 2 Jahre: 3 MB Stufe 3 - 3 und mehr Jahre: 4 MB Neukunden steigen in der höchsten Stufe (= 4 MB) ein; ausgenommen ist die Kindernachversicherung (s. nächsten Leistungseintrag). Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	Die BRE beträgt 2,5 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	gleiche BRE wie Erwachsene		GSZ100, GSB90: BONUS 35: 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Jahr (wird die versicherte Person im BONUS-Jahr 21 Jahre alt, wird BONUS 35 anteilig einschl. des Geburtsmonats gezahlt, für das restliche Jahr anteilige Auszahlung der Erwachsenen-BRE in Abhängigkeit der Anzahl leistungsfreier Jahre).	AM12, Z9: gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene Hinweis: Bei einer Kindernachversicherung startet ein Kind bei Stufe 0 und erhält nach dem 1. leistungsfreien Jahr die BRE entsprechend der zuvor genannten Staffelung.	gleiche BRE wie Erwachsene
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?		 BRE 2024 (Auszahlung 2025): 1.000 EUR ab dem 1. leistungsfreien Jahr  Hinweis: BRE ab 2025 (Auszahlung 2026 ff.): 1.100 EUR ab dem 1. leistungsfreien Jahr	Keine Leistung vorhanden.			
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?		 bis Alter 19: 350 EUR				
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Ja. Vorsorgeuntersuchungen und zahnprophylaktische Leistungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen handelt.	 Ja. BRE-unschädlich sind: <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungen nach den in den Vorsorgegutscheinen für Gesundheits-Check-Up, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsvorsorge beim Urologen, Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Mammographie, Darmkrebsvorsorge, Hautkrebsfrüherkennung, augenärztliche Vorsorgeuntersuchung und Kindervorsorgeuntersuchungen genannten Positionen der GOÄ - Zahnvorsorge (prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B der GOZ einschl. PZR) sowie die GOZ-Ziffern 0010, 2000 (nicht im Rahmen KFO), 4050, 4055, 4060. 	 GSZ100:  Bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm" sind die in dem den Bedingungen angehangenen Verzeichnis zu Prophylaxe-Leistungen aufgeführten Leistungen BRE-unschädlich. GSB90: Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ sind die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen "Vorsorgeuntersuchungen gem. tariflichem Verzeichnis" und "Gesundheitskurse" BRE-unschädlich. Hinweis: GSZ100: nur bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm" GSB90: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: AM12: Vorsorgeuntersuchungen (und Schutzimpfungen) sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen. Z9: Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	 Ja. Leistungen im Rahmen der LKH-Gesundheitsvorsorge, gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und prophylaktische Maßnahmen mindern nicht den Anspruch auf den GB. Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen im Rahmen des Leistungsversprechens gem. Tarifbedingungen sind BRE-unschädlich.	 Die im tariflichen Verzeichnis für Vorsorgeleistungen aufgeführten Maßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, zahnprophylaktische Leistungen, Präventionskurse) beeinträchtigen nicht die PE. Vorsorgeleistungen, die nicht gem. Tarifbeschreibung auf Selbstbehalte und/oder Pauschalersatzungen angerechnet werden, sind BRE-unschädlich.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Ja. Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.	 Ja. BRE-unschädlich sind Schutzimpfungen einschl. Impfstoff; hierzu zählen auch Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen inkl. Malaria prophylaxe.	 Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ sind die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen "Standard-/Indikationsimpfungen nach Empfehlungsliste der STIKO" BRE-unschädlich.  Hinweis: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“	 Zahntarif - Leistungsmerkmal nicht relevant  Hinweis: (Vorsorgeuntersuchungen und) Schutzimpfungen sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen.	 Ja. Schutzimpfungen nach Empfehlungen der STIKO (ohne Reisschutzimpfungen und Malaria prophylaxe) mindern nicht den Anspruch auf den GB. Schutzimpfungen (STIKO) im Rahmen des Leistungsversprechens gem. Tarifbedingungen sind BRE-unschädlich.	 Leistungen für Schutzimpfungen beeinträchtigen nicht die PE. Schutzimpfungen, die nicht gem. Tarifbeschreibung auf Selbstbehalte und/oder Pauschalersatzungen angerechnet werden, sind BRE-unschädlich.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	✓ Ja. Die Entbindungspauschale ist BRE-unschädlich, sofern für den Versicherten in der Rechnung erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung handelt.	Nein.	GSZ100, GSB90: Nein.	AM12, Z9: Nein.	✓ Ja. Die Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes mindert nicht den Anspruch auf den GB. Ein Jahr gilt auch als leistungsfrei, wenn berücksichtigte Versicherungsleistungen nicht höher als die BRE sind; die BRE wird dann entsprechend reduziert.	✓ Ja. Die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs beeinträchtigt nicht die PE.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	✓ Ja.	✓ Ja.	✓ GSZ100, GSB90: Ja.	✓ AM12, Z9: Ja.	✓ Ja.	✓ Ja.
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	Nein.  Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.	Nein.	✓ GSZ100, GSB90: Anrechnung leistungsfreier Vorversicherungszeiten für PKV- und GKV-Wechsler: - Vorversicherungszeit von mind. 12 Monaten - es werden alle vollen, durchgängig leistungsfreien Kalenderjahre unmittelbar vor dem Wechsel angerechnet - bei unterjährigem Wechsel muss Leistungsfreiheit bis zum Wechselzeitpunkt bestanden haben - bisherige Leistungsfreiheit muss nachgewiesen werden Anrechnung Vorversicherungszeit im Tarif OptionFlexiMed (OFM02): - VP war unmittelbar vor Abschluss des BRE-berechtigten Tarifs im OFM02 versichert - BRE-berechtigter Tarif wurde durch Ausübung der Option des OFM02 abgeschlossen - Kalenderjahre, in denen der OFM02 jeweils für volle 12 Monate ununterbrochen bestand, werden als leistungsfreie Jahre bei der BONUS-Höhe berücksichtigt	AM12, Z9: Nein.	Nein.	Nein.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn a) beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer KV Voll sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht. b) die PPV während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während des 1. Monats ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>	<p>✔ Während der ersten 12 Monate eines Aufenthaltes außerhalb Europas besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Dauert der Aufenthalt länger, kann der Versicherungsschutz - ggf. gegen Beitragszuschlag - verlängert werden. Zu Europa zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.</p>	<p>⚠ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes (kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden), bei - aus medizinischen Gründen - längerer Behandlung bis zur möglichen* Rückreise (oder Übernahme des versicherten Rücktransportes, sofern transportfähig). Wenn aus anderen Gründen, die die versicherte Person (VP) nicht zu vertreten hat (etwa Flugausfälle wg. Pandemie) keine Rückreise möglich ist, zahlt der Versicherer bis zur möglichen Rückreise. * ohne die Gesundheit der VP zu gefährden Hinweis: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes.</p>	<p>✔ AM12, S1, Z9: Es besteht - zeitlich unbegrenzter - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.</p>	<p>✔ Weltweiter Versicherungsschutz besteht während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes (kann durch gesonderte Vereinbarung ausgedehnt werden). Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht auch ohne weitere Vereinbarung Versicherungsschutz, solange die VP die Rückreise bzw. den Rücktransport nachweislich nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Der Versicherer ist über die Notwendigkeit einer Verlängerung über 12 Monate hinaus so schnell wie möglich zu informieren.</p>	<p>⚠ Versicherungsschutz besteht für die ersten 3 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. vorübergehende Aufenthalte > 3 Monate: s. Leistungspunkt "Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland"</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	<p>✔ Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Bei Auslandsaufenthalten werden 100% der Kosten erstattet für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte (auch Ambulanzflugzeuge; einschl. mitreisender Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist); es muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen, - die Bestattung am Sterbeort oder - Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz - die Betreuung des minderjährigen Kindes, welches die Reise allein fortsetzen/abbrechen muss, sofern die einzige/alle Betreuungsperson(en) die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig beenden kann. 	<p>✔ Medizinisch notwendige Rücktransporte - auch mit Begleitperson und minderjährigen Kindern - sind erstattungsfähig; soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Transportmittel zu nehmen.</p> <p>Überführungskosten werden ebenfalls zu 100% ersetzt; Bestattungskosten im Ausland bis zu dem Betrag, den eine Überführung gekostet hätte.</p>	<p>✔ AM12: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>S1: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Der Versicherer organisiert den Transport.</p> <p>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).</p>	<p>✔ Medizinisch notwendige Rücktransporte sind erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rettungsflug mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug; es muss eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden, nach der der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben der VP retten zu können - sonstige medizinisch notwendige und ärztlich bescheinigte Krankenrücktransporte* (einschl. notwendiger Mehrkosten**) bis zum 5-Fachen der Kosten eines Erste Klasse-Fluges im Linienverkehr <p>* Versicherer empfiehlt die vorherige Prüfung der erstattungsfähigen Aufwendungen durch ihn/ein von ihm beauftragtes Unternehmen</p> <p>**</p> <ul style="list-style-type: none"> - schnelleres/schneller verfügbares Transportmittel - liegender Transport - medizinisch geschultes Begleitpersonal - Begleitperson für minderjährige oder umfangreich pflegebedürftige VP erforderlich - auch die minderjährigen und angehörigen Kinder der VP müssen zurücktransportiert werden <p>Weitere Voraussetzungen/Details/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>Überführungskosten: bis zum 5-Fachen der Kosten eines Erste Klasse-Fluges im Linienverkehr</p> <p>Bestattungskosten: bis zur Höhe, die alternativ bei Überführung angefallen wäre</p>	<p>✔ Medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Rücktransporte sind erstattungsfähig; es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.</p> <p>Erstattet werden auch Kosten für die Überführung nach Deutschland oder für die Bestattung am Sterbeort im Ausland - bis zu 10.000 EUR.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	 Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/ des EWR wird der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 Der Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.	 AM12, Z9: Ja. 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. S1: Ja. 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. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen. AM12, S1: Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in den Staaten der EU bzw. des EWR. Aufwendungen sind nach den im Ausland geltenden ortsüblichen Kosten erstattungsfähig.	 Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland. Der Versicherer ist über die Verlegung unverzüglich zu informieren.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	 Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/ des EWR wird der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 Der Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.	 AM12, Z9: Ja. 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. S1: Ja. 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. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen. AM12, S1: Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in den Staaten der EU bzw. des EWR. Aufwendungen sind nach den im Ausland geltenden ortsüblichen Kosten erstattungsfähig.	 Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland. Der Versicherer ist über die Verlegung unverzüglich zu informieren. Wird die versicherte Person durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes dort krankensicherungspflichtig, besteht ein Kündigungsrecht; neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung für den Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.


Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz kann der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Ohne Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von der Verlegung Kenntnis erlangt. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ Abmeldung des Wohnsitzes in Deutschland und Wegzug Bei Verlegung des Wohnsitzes außerhalb der EU/des EWR endet das Versicherungsverhältnis, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde. Der Versicherungsnehmer (VN) - hat das Recht auf Fortsetzung in Form einer Anwartschaft. - kann die Fortsetzung für max. 5 Jahre - innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung - beantragen; der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme, ggf. gegen Beitragszuschlag. Nach Ablauf der Vereinbarung (max. 5 Jahre) kann der VN bei weiterem vorübergehendem Auslandsaufenthalt erneut die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beantragen.	✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen Staat außerhalb der EU/des EWR besteht das Recht auf Weiterführung (bis zu 10 Jahre (evtl. auch länger)), ggf. mit (länderabhängigem) Beitragszuschlag. Das gilt auch bei Wegzug in ein Land, das nicht der EU/dem EWR angehört (z. B. die Schweiz). Ohne Vereinbarung endet das Vertragsverhältnis oder kann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.	✔ AM12: 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. S1, Z9: Ja, s. ambulanten Tarif.	✔ Der VN kann verlangen, den Versicherungsschutz über 12 Monate hinaus um max. weitere 5 Jahre auf das außereuropäische Ausland bzw. auf Staaten außerhalb der EU/des EWR durch besondere Vereinbarung auszudehnen. Der Versicherer ist berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben; besteht über diesen Zeitraum hinaus Bedarf für eine Verlängerung um max. weitere 5 Jahre, verpflichtet er sich, diese zu den dann aktuellen Konditionen fortzuführen. Die Verlängerung über 12 Monate hinaus muss vor Ablauf der 12 Monate beantragt werden. Gleiches gilt sinngemäß bei Verlängerung um max. weitere 5 Jahre. Dem Versicherer ist eine geeignete Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes kann der VN auch verlangen, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen VP in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln, wenn ein entsprechender Antrag innerhalb von 2 Monaten nach Verlegung beim Versicherer eingeht.	Bei Verlegung endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung (ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag) fortgesetzt wird. Der Versicherer ist über die Verlegung unverzüglich zu informieren. Bei vorübergehenden Aufenthalten von mehr als 3 Monaten kann eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes gegen Beitragszuschlag vereinbart werden (oder es kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln); ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise in Textform zu stellen.
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung (Hinzuvversicherung der Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO) enthalten.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	✔ AM12, S1, Z9: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	⚠ Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. Hinweis: Option auf Wechsel in einen Tarif dieser Tarifgruppe mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt vorhanden: ab dem 4. Kalenderjahr zu Beginn eines jeden Kalenderjahres	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. Hinweis: 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 2 Monaten nach Ende der Elternzeit, Nachweis über Beginn/Ende der Elternzeit ist einzureichen).








Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	<p>✔ Optionsrecht auf Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen* nach 3, 5 oder 7 Versicherungsjahren (V_i).</p> <p>* sofern nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht wurde</p> <p>* Beantragung vor Ablauf des 3., 5. oder 7. V_i zum 1. des darauf folgenden Monats</p> <p>* ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle</p> <p>Darüber hinaus besteht das Recht, nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifes einsA expert+ von einer Leistungsstufe mit niedrigem SB in eine Leistungsstufe mit höherem SB wieder in die Leistungsstufe umzustellen, die unmittelbar vor der Reduzierung bestanden hat.</p> <p>(Rückumstellung nach Ablauf von 2 V_i, max. 2x, Beantragung vor Ablauf des 2. V_i zum 01. des darauf folgenden Monats)</p>	<p>✔ Recht auf Anpassung nach dem 3. und 6. Kalenderjahr nach Übertritt aus der GKV oder PKV eines anderen Unternehmens in die Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers.</p> <p>⚠ Hinweis: auch anlassbezogenes Optionsrecht vorhanden (keine bestimmte Anzahl, keine festen Zeitpunkte), s. nächsten Leistungspunkt</p>		<p>✔ AM12, S1, Z9: 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; Antragstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin.</p> <p>Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam.</p> <p>Hinweis: AM12, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.</p>	Keine Leistung vorhanden.	<p>✔ Zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres besteht das Recht auf Umstellung (ohne Wartezeiten) in höherwertige Kostentarife, sofern die versicherte Person im Jahr des Abschlusses von Tarif MedBest ihr 21. Lebensjahr vollendet hat. Für jüngere Personen besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils.</p> <p>Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	<p>✔ Es ist zusätzlich ein anlassbezogenes Optionsrecht auf Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen erhalten, innerhalb von 15 Versicherungsjahren* bei folgenden Ereignissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der VP (1x) - beruflicher Statuswechsel zwischen Angestelltenverhältnis und selbstständiger Tätigkeit (1x) - Entsendung der VP ins Ausland (Aufenthalt muss an die berufliche Tätigkeit gebunden sein / im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfinden) <p>* gerechnet vom VB des zuerst abgeschlossenen Tarifs der Tariflinie einsA an</p> <p>Beantragung spätestens 3 Monate nach Eintritt des Ereignisses zum 01. des darauf folgenden Monats, Nachweis über den Eintritt des Ereignisses ist beizufügen.</p>	<p>✔ Anlässe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heirat - Scheidung - Ende der Ausbildung/des Studiums oder Studium (max. bis Alter 38) - Wechsel zwischen Arbeitnehmerverhältnis und selbstständiger Tätigkeit - 3 Jahre nach Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (- f) nach dem 3. und 6. Kalenderjahr nach Übertritt aus der GKV/PKV) <p>Die Anpassung des Versicherungsschutzes ist innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist (Nachweis erforderlich) zu beantragen; der höhere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle.</p>		<p>✔ AM12, S1, Z9:  Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist, - bei Aufhalten im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern, - einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen 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 selbstständiger Tätigkeit (bei Selbstständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich). <p>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.</p> <p>Hinweis: AM12, S1, Z9:</p>	Keine Leistung vorhanden.	Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
				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.		
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.		✔ AM12, S1, Z9: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option auf "Höherversicherung"; sie müssen lediglich zum entsprechenden Zeitpunkt für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sein.	Nein. Es können nur die zum Zeitpunkt des Anlasses mit den Tarifen GesundheitVARIO kombinierbaren Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO abgeschlossen werden.		✔ AM12: 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. S1: Ja, es gibt keine Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. Z9: 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.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	 Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	 Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person (der Versicherungsnehmer kann jedoch nur zu vorgegebenen Anlässen den Versicherungsschutz der betroffenen versicherten Person anpassen lassen, s. aber auch Hinweis). Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann die Optionen (Hinzuvversicherung Ergänzungsbausteine) jeweils bei Beginn und Ende der Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes auch für die im Tarif GesundheitVARIO versicherten Elternteile ausüben.		 AM12, S1, Z9: 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.	Keine Leistung vorhanden.	 Ja, das Optionsrecht gilt auch für eine im Rahmen einer Kindernachversicherung versicherten Person, aber nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils.
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifes für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.	 Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.		 AM12, S1, Z9: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	Keine Leistung vorhanden.	Nein. Vor Abschluss von Tarif MedBest darf für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer bestanden haben.
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		 AM12, S1, Z9: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Hinweis: AM12, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	Keine Leistung vorhanden.	 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.

















































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✓ Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p> <p>Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR.</p>	<p>✓ VARIOKlinikPlus: Der Versicherer erstattet Wahlleistungen bei Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitationsmaßnahme.</p> <p>GesundheitVario400: Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummern B.1 (allgemeine Krankenhausleistungen) und B.2 (Belegärzte).</p> <p>Wird die AHB oder medizinische Rehabilitation ambulant durchgeführt, erstattet der Versicherer anstelle der allgemeinen Krankenhausleistungen den Tagessatz der Einrichtung, in der die Behandlung durchgeführt wird.</p> <p>Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, wie z. B. Klima-Kuren oder Mutter-Kind-Kuren.</p> <p>Ist ein anderer Kostenträger vorleistungspflichtig, erstattet der Versicherer die beim Versicherten verbleibenden Restkosten, wie z. B. die gesetzliche Eigenbeteiligung.</p>	<p>✓ Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (auch Anschlussheilbehandlung) sind mitversichert; erstattet werden folgende Kosten: - ambulant: ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel, Beratungen und Schulungen - stationär: Unterkunft im 1-/2-Bettzimmer, Mehrbettzimmer, Verpflegung und Pflege, Arznei- und Heilmittel, medizinisch begründete Nebenkosten, als Krankenhausleistungen berechnete Arztkosten, bis zu 150% der Kosten, die die GKV für die Reha-Einrichtung akzeptiert, wenn die Reha-Einrichtung einen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat; ohne Vertrag werden die Kosten der zum Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegenen Einrichtung mit Vertrag zugrunde gelegt, davon erstattet der VR bis zu 150% der Kosten, die die GKV dafür akzeptiert.</p> <p>Bei stationärer Reha werden auch noch die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen vergütet.</p> <p>Geleistet wird einmal innerhalb von 36 Monaten. Der Zeitraum umfasst ambulante Reha und Reha im Krankenhaus; er gilt nicht, wenn eine erneute Reha vor Ablauf dieser Zeit aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist (etwa bei einer Anschlussheilbehandlung).</p> <p>Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht der Erstattung des Versicherers vor.</p>	<p>✓ AM12: 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. 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>S1: 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. 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>AM12, S1: Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.</p>	<p>✓ Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer Reha-Einrichtung für ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationen (Reha) und Anschlussheilbehandlungen (AHB) gem. § 40 Abs. 1 + 2 SGB V.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu 150% der Kosten, die die GKV hierfür akzeptiert. Wenn die Reha-Einrichtung über keinen aktuellen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger verfügt, wird die nächstgelegene Reha-Einrichtung mit einem laufenden Vertrag für die Begrenzung des max. Erstattungssatzes zugrunde gelegt.</p> <p>Ambulante medizinische Reha und AHB sind dann erstattungsfähig, wenn diese in einer geeigneten Reha-Einrichtung in der Nähe des Wohnsitzes der VP erfolgten.</p> <p>Soweit ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (Sozialleistungsträger wie Renten- und Unfallversicherung) besteht, sind die Leistungen dieses Kostenträgers vorrangig in Anspruch zu nehmen.</p> <p>Bei einer stationären medizinischen Reha und AHB sind neben der allgemeinen medizinischen Versorgung, Unterbringung und Verpflegung zusätzlich als Wahlleistung die Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterbringung im 1- und 2-Bettzimmer und privatärztliche Leistungen zu 100% erstattungsfähig.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch medizinisch notwendige Krankenfahrten* zur medizinischen Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung in die nächstgelegene geeignete Reha-Einrichtung, wenn die VP aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann. Gleiches gilt entsprechend für eine Rückfahrt. * auch Fahrten mit dem Taxi, öffentlichen Verkehrsmitteln, privatem PKW (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer)</p>	<p>✓ Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger und - wenn eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist - medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitationen - ambulante: zu 100% (ärztliche medizinische/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel) - stationär: bis max. 50 EUR pro Tag, für längstens 28 Tage (allgemeine Krankenhausleistungen, ärztliche/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel). Ein Anspruch besteht erstmals nach 2-jähriger Versicherungsdauer; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren, gerechnet vom Beginn der Reha-Maßnahme. - post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation: s. AHB.</p> <p>Geleistet wird - im tariflichen Umfang - auch für die ersten 21 Tage einer ambulanten oder medizinisch notwendigen stationären AHB, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung (ambulante/stationäre AHB) oder ambulanten Operation (ambulante AHB), für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt (Frist gilt nicht, wenn die AHB aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann oder kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht (Letzteres ist dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist anzuzeigen)). Bei längerer AHB bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer (wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt).</p>
					Der Versicherer empfiehlt das vorherige Einholen seiner Leistungszusage.	AVB, Teil I: Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	 VARIOKlinikPlus: Ja. GesundheitVARIO400: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	 Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung anderer Leistungsträger verbleibenden Restkosten.	AM12: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant S1: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn andere Kostenträger nicht leisten müssen.	 Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung anderer Leistungsträger verbleibenden Restkosten.	 Ja. ambulante/stationäre Rehabilitationsmaßnahme: Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, so ist der Versicherer für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. AHB/post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitationen: Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (z. B. gesetzliche Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM12: Ja. Leistung vorhanden, s. o. S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM12: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer Reha).	 AM12, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer AHB).	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM12: Ja. Leistung vorhanden, s. o. S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM12: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer Reha).	 AM12, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer Reha).	 Nein. Stationäre Reha-Maßnahmen werden bis max. 50 EUR je Tag erstattet.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	<p>✔ Erstattet werden insgesamt drei ambulante/ stationäre Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind - während der gesamten Vertragslaufzeit - max. 3 ambulante oder stationäre Entwöhnungs-/ Entziehungsmaßnahmen. Die Behandlungen müssen in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen. Bei stationärer Behandlung werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen ersetzt.</p>	<p>⚠ Kosten einer ambulanten Entwöhnung werden wie die Kosten einer ambulanten Behandlung erstattet. Bei einer stationären Entwöhnung werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen bis zu dem Tagessatz nach § 1111 SGV V erstattet. Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag nach dieser Vorschrift, übernimmt der Versicherer seinen Tagessatz; ansonsten den Tagessatz für das Krankenhaus mit Versorgungsvertrag, das am nächsten zum Wohnsitz der versicherten Person liegt.</p> <p>Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang.</p> <p>Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Behandlung soll die versicherte Person aus der Bindung an Suchtmittel lösen; dazu gehören stoffgebundene Suchtmittel (etwa Drogen oder Alkohol) wie auch stoffungebundene Suchtmittel (etwa Spielsucht) - es darf nicht nur von einer Nikotinsucht entwöhnt werden - die Entwöhnung erscheint hinreichend Erfolg versprechend - der Versicherer hat die Erstattung vorher schriftlich zugesagt. <p>Hinweis: stationär: bis zu dem Tagessatz nach § 1111 SGB V</p>	<p>✔ AM12: Versichert sind insgesamt drei ambulante (und stationäre) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).</p> <p>S1: Versichert sind insgesamt drei stationäre (und ambulante) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).</p>	<p>✔ Erstattet werden die Kosten für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen.</p> <p>Die Aufwendungen für eine ambulante Suchtentwöhnung* bei Substanzabhängigkeit sind in Einrichtungen, die mit der GKV einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, zu 100% erstattungsfähig.</p> <p>Die Aufwendungen für eine stationäre Suchtentwöhnung* bei Substanzabhängigkeit sind gem. Abs. B.5, AVB Teil II (Stationäre Leistungen) zu 100% erstattungsfähig; Wahlleistungen (gesondert berechenbare ärztliche Leistungen und Kosten für Unterbringung) sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Insgesamt sind bis zu 3 Suchtentwöhnungen erstattungsfähig; die 1. Entwöhnungsbehandlung ohne vorherige Genehmigung und schriftliche Zusage, die weiteren Suchtentwöhnungen bedürfen der vorherigen schriftlichen Zusage durch den Versicherer.</p> <p>In den Fällen, in denen die VP einen Anspruch gegen einen anderen Kostenträger hat, geht dieser Anspruch vor. Die Leistungen dieser Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.</p> <p>* bezieht sich auf den Prozess der Entgiftung und Rehabilitation von Personen, die von einer Substanz, wie beispielsweise Alkohol, Drogen und Medikamenten abhängig sind (nicht jedoch Nikotinsucht)</p> <p>Der Versicherer empfiehlt, vorab die Leistungszusage bei ihm einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für die Erstattung einer Suchtbehandlung gegeben sind und b) falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.</p>	<p>✔ Erstattet werden - zu 100% - insgesamt max. 3* ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage gegeben wurde (wird bei entsprechender medizinischer Indikation erteilt). Bei stationären Maßnahmen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen.</p> <p>* Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.</p>







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✓ Versichert sind Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Behandlung im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, erfolgt und - eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15% besteht. <p>Der Versicherer empfiehlt eine Klärung der Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).</p>	<p>✓ Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) sind erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vorliegt, - nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen wird, - noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt wurde, - die Frau das 43. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet haben, - es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15%) handelt und die Behandlung nach deutschem Recht erfolgt. <p>Erstattet werden höchstens 3 Inseminationen und 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intracytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI). Ein Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet. Hinweis: auch mitversichert: medizinisch notwendig erscheinende Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen o. von Keimzellgewebe (Erstattung bis zur Vollendung des 43. Lebensjahres der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes)</p>	<p>✓ Bei einer Kinderwunschbehandlung (insbesondere folgende Verfahren: Insemination, In-Vitro-Fertilisation, In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion) werden bis zu 4 Versuche je Verfahren, jedoch bis zu 8 Inseminationen ohne hormonelle Stimulation unter folgenden Voraussetzungen erstattet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisch begründete Unfruchtbarkeit oder Zeugungsunfähigkeit - eine Schwangerschaft ist aus fachärztlicher Sicht medizinisch hinreichend wahrscheinlich - bei Behandlungsbeginn ist die Frau jünger als 41 Jahre und der Mann jünger als 51 Jahre. <p>Hinweis: auch mitversichert: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörige ärztliche Leistungen, sofern die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Kinderwunschbehandlung durchzuführen; max. Alter zu Beginn der Kryokonservierung: 40 Jahre (Frauen) / 50 Jahre (Männer); die zu behandelnde Person muss die Person sein, deren Zellen oder Gewebe aufbewahrt werden soll</p>	<p>✓ Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind versichert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Erstattungsfähig sind während der gesamten Erstattungsfrist 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.</p>	<p>✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Insemination, In-Vitro-Fertilisation/IVF, In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion/ICSI) sind erstattungsfähig. Bei Insemination sind nach hormoneller Stimulation bis zu 3 Versuche, im Spontanzklus bis zu 8 Versuche und bei IVF und ICSI insgesamt bis zu 3 Behandlungszyklen (Embryonentransfer) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit eines Komplettszyklus bei IVF und ICSI sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer maßgeblich.</p> <p>In den Fällen, in denen die VP oder ihr Ehe-/Lebenspartner einen Anspruch gegen einen anderen Kostenträger hat, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen und es werden die danach verbleibenden Kosten erstattet.</p> <p>Sofern die Herbeiführung der Schwangerschaft im Ausland durchgeführt werden soll, werden die Kosten hierfür nicht erstattet, wenn die Behandlung nach deutschem Recht nicht zulässig wäre.</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - es besteht seit mind. 8 Monaten ununterbrochen Versicherungsschutz in diesem Tarif (8-Monats-Vorversicherungszeitraum) - die VP ist aus organischen Gründen unfruchtbar oder zeugungsunfähig - die jeweilige Maßnahme stellt nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft dar - die Behandlung erfolgt bei der VP und ihrem Ehe-/Lebenspartner - es werden ausschließlich die Ei- oder Samenzellen des Ehe-/Lebenspartners verwendet - es besteht eine nach medizinischen Kriterien deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode 	<p>✓ Medizinisch notwendige Maßnahmen (einschl. Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung), die nach deutschem Recht zulässig sind, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Behandlung für Ehepaare oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt, - ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet werden (homologe Befruchtung), - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können, - eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) besteht und - die Frau zum Zeitpunkt der Behandlung das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie - der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. <p>Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu 6 Inseminationenzyklen sowie entweder bis zu 4 Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 4 Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschl. der dabei erforderlichen IVF.</p> <p>Besteht für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z. B. GKV oder PKV) ein Leistungsanspruch, ist der Versicherer nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
					Der Versicherer empfiehlt vorab (auch bei einer Kryokonservierung, s. Hinweis), die Leistungszusage bei ihm einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für die Kostenerstattung gegeben sind und b) falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist. Hinweis: auch erstattungsfähig: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellengewebe nebst ärztlichen Leistungen, wenn sie medizinisch erforderlich ist	Bei erfolgreicher Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, solange die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. Der erneute Anspruch auf Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung erlischt nach erfolgreicher Geburt des 3. Kindes. Hinweis: auch mitversichert: Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sowie dazugehörige medizinische Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss (für die Dauer der Kryokonservierung gelten die bei Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen).
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld bezieht und sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif einsA expert+ versichert ist.</p> <p>Bei einer Hausentbindung (muss ausdrücklich als solche in der Rechnung bezeichnet werden) wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR gezahlt (keine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung).</p> <p>Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichen Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).</p>	<p>✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate für die nach diesem Tarif versicherte Person, wenn sie Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) bezieht (Nachweis erforderlich); die Beiträge müssen bis zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vollständig gezahlt sein und es darf keine Anwartschafts- oder Ruhensversicherung bestehen.</p> <p>Bei einer Hausgeburt wird anstelle der Kosten für Krankenhausleistungen eine Entbindungspauschale von 500 EUR gezahlt, bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache; Vorlage eines Geburtsnachweises erforderlich.</p>	<p>✔ GSB100, GSB90: Beitragsbefreiung für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht oder Elternzeit nimmt, ohne in dieser Zeit Anspruch auf Elterngeld zu haben (gilt bis längstens 24 Monate nach der Geburt des Kindes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - für max. 6 Monate - es muss mind. 8 Monate vor der Geburt ununterbrochen eine KV Voll beim Versicherer bestehen, die das Recht auf Beitragsbefreiung vorsieht <p>Beitragsbefreiung für Kinder, die im Rahmen einer Kindernachversicherung in diesem Tarif versichert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - gilt für den Monat, in dem das Kind (auch das Adoptivkind) geboren wurde sowie die darauffolgenden 6 Monate <p>GSB90: Bei häuslicher Entbindung wird eine Pauschale von 3.000 EUR je Geburt gezahlt; eine Mehrlingsgeburt gilt als eine Geburt. Hinweis: GSZ100, GSB90: Beitragsbefreiung bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) - Versicherung von Kindern 	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	<p>✔ Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif nachversicherten Kindes(,)</p> <ul style="list-style-type: none"> - für den Geburtsmonat und die darauffolgenden 6 Monate - wenn seit mind. 8 Monaten ununterbrochen Versicherungsschutz in diesem Tarif besteht (8-Monats-Vorversicherungszeitraum für einen Elternteil) <p>Beitragsbefreiung eines in diesem Tarif versicherten Elternteils:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Bezug von Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) - Anspruch besteht auch, wenn eine VP in den ersten 24 Monaten nach der Geburt ihres Kindes Elternzeit nach dem BEEG in Anspruch nimmt und ihre wöchentliche Arbeitszeit reduziert, jedoch kein Elterngeld aufgrund der Überschreitung der Einkommensgrenzen erhält - insgesamt bis zu 6 Monate je Kind <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - es besteht seit mind. 8 Monaten für den Elternteil ununterbrochen Versicherungsschutz in diesem Tarif (8-Monats-Vorversicherungszeitraum) <p>Zahlung einer Kostenpauschale von 2.000 EUR bei häuslicher Entbindung.</p> <p>Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen. Hinweis: vorübergehende Beitragsbefreiung (GB-neutrale Leistung)</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Kindernachversicherung - bei Bezug von Elterngeld / während der Elternzeit 	<p>✔ Während der ersten 6 Monate des Bezugs von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) entfällt rückwirkend die Pflicht zur Beitragszahlung im Tarif MedBest für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht (keine Beitragsbefreiung für den Beitragsanteil einer ggf. vereinbarten Beitragsentlastung), sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - für die versicherte Person seit mindestens 8 Monaten vor der Geburt des Kindes, für das Elterngeld bezogen wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskosten-Vollversicherungstarif des Versicherers, der eine Beitragsbefreiung während der Elternzeit vorsieht, besteht und - der Elterngeldbescheid dem Versicherer spätestens 6 Monate nach dessen Ausstellungsdatum vorgelegt wird.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	<p>✔ Die Kosten für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden erstattet, wenn die DiGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder - durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird. <p>Kosten für den Gebrauch der DiGA (z. B. Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>* Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen</p>	<p>⚠ Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)* sind mitversichert; sie</p> <ul style="list-style-type: none"> - müssen durch einen jeweils approbierten Arzt, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sein - müssen im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.BfArM.de) aufgeführt sein - werden bis zur Vergütungshöhe, die der Anbieter von einer deutschen GKV (gem. § 134 SGB V) verlangen kann, berücksichtigt (= max. erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) - werden je Verordnung für max. 3 Monate erstattet - sind auch erstattungsfähig, wenn der Versicherer mit dem DiGA-Anbieter für sie einen Versorgungsvertrag geschlossen hat; Erstattung richtet sich nach dem dort vereinbarten Preis. <p>Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Kostenersatzes die DiGA auch selbst zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten des Erwerbs der Nutzungsrechte an der Software (keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb von Hardware einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten).</p> <p>* Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz, die mittels digitaler Technologien die Gesundheit der versicherten Person fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten unterstützen Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!</p>	<p>✔ GSZ100, GSB90: Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden erstattet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie von einem in den Bedingungen genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten verordnet worden oder - im Verzeichnis (nach § 139 e SGB V) enthalten sind oder - der Versicherer die Erstattungsfähigkeit anerkannt hat, weil er die DiGA für die Behandlung der versicherten Person als sinnvoll erachtet. <p>* Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung; ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</p> <p>Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind von Ärzten oder psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (oder Heilpraktikern) verordnete digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), die</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind - nicht in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, wenn sie die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen und einen Nachweis für positive Versorgungseffekte erbracht haben. <p>** zertifizierte Medizinprodukte, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen</p> <p>DiGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach neue Verordnung erforderlich. - dürfen auch vom VR selbst (anstelle des Aufwendersatzes) zur Verfügung gestellt werden. - muss der Versicherte nicht über den Versicherer beziehen. - werden zu den zwischen Anbieter und PKV-Verband vereinbarten Vergütungsbeträgen erstattet (bzw. Erstattung der Kosten, die nach § 134 SGB V mit der GKV vereinbart wurden); ohne Vereinbarungen werden die tatsächlichen Kosten vergütet. <p>Keine Erstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> - von DiGA, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind - für Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffung/Betrieb mobiler Endgeräte/PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten); Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. 	<p>✔ Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen Behandlung die Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) bis zu den im DiGA-Verzeichnis (nach § 139e SGB V) genannten Herstellerpreisen.</p> <p>Die DiGA müssen von einem Arzt, Zahnarzt oder nicht ärztlichen Psychotherapeuten verordnet werden.</p> <p>* Programme oder Anwendungen, die digitale Technologien nutzen, z. B. Apps, Software oder Online-Plattformen, um die Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen oder zu behandeln.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Aufwendungen für die Anschaffung elektronischer Geräte und Betriebssysteme und deren Unterhalts- oder Betriebskosten, die für die Nutzung der digitalen Anwendungen eingesetzt werden</p> <p>DiGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - werden je Verordnung max. für 12 Monate erstattet; danach erneute Verordnung erforderlich - sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der DiGA-Anbieter für GKV-Versicherte als Vergütung gem. § 134 SGB V verlangen kann (** max. bis zu den darin vereinbarten Vergütungsbeträgen) - kann der VR, anstelle des Aufwendersatzes, auch selbst zur Verfügung stellen. - Verordnung durch Arzt/Psychotherapeuten (ambulant), Arzt/Zahnarzt/Psychotherapeuten (stationär), Zahnarzt/Kieferorthopäden (Zahn). <p>* Medizinprodukte niedriger Risikoklasse (gemäß § 33a SGB V), deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen</p>	<p>✔ DiGA* sind erstattungsfähig, wenn sie durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im DiGA-Verzeichnis aufgenommen sind und eine der im Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegt (vorherige schriftliche Zusage erforderlich, wenn Diagnose nicht dem Anwendungsgebiet entspricht).</p> <p>Bei einer Rahmenvereinbarung mit dem PKV-Verband, der der Versicherer (VR) beigetreten ist** oder einer direkten Erstattungsvereinbarung mit dem VR** werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.</p> <p>DiGA</p> <ul style="list-style-type: none"> - werden je Verordnung max. für 12 Monate erstattet; danach erneute Verordnung erforderlich - sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der DiGA-Anbieter für GKV-Versicherte als Vergütung gem. § 134 SGB V verlangen kann (** max. bis zu den darin vereinbarten Vergütungsbeträgen) - kann der VR, anstelle des Aufwendersatzes, auch selbst zur Verfügung stellen. - Verordnung durch Arzt/Psychotherapeuten (ambulant), Arzt/Zahnarzt/Psychotherapeuten (stationär), Zahnarzt/Kieferorthopäden (Zahn). <p>* Medizinprodukte niedriger Risikoklasse (gemäß § 33a SGB V), deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen</p> <p>nicht erstattungsfähig: Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschl. der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Wartezeiten bestehen nicht.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer entfallen die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Ansonsten gelten die allgemeinen Wartezeiten von 3 Monaten (auch für Zahnbehandlung) und die besonderen Wartezeiten von 8 Monaten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie; sie entfallen bei Unfällen bzw. können bei Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes erlassen werden.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angebotener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind vor der Geburt entstandene körperliche oder geistige Schädigungen und Erkrankungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind Geburtsschäden und angeborene Krankheiten auch abgesichert.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung 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 Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Anomalien.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist bei Eintritt der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der GKV vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	✔ Ja. Erfolgt die Kündigung einer VP aufgrund des Eintritts von Versicherungspflicht in der GKV, kann der Versicherungsschutz in Tarife der GKV-Zusatzversicherung mit gleichen Leistungsbereichen ohne erneute Gesundheitsprüfung umgestellt werden; vorausgesetzt, die Versicherungsfähigkeit ist in diesen Tarifen gegeben.	✔ 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 Krankheitskosten-Teilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✔ Ja, terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Absatz 1. a).	✔ Ja. Wird die versicherte Person im Ausland durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht bestehen. Für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch terroristische Anschläge verursacht werden, wird grundsätzlich geleistet.	✔ Es besteht nur ein Leistungsausschluss für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	✔ Ja. Leistungspflicht besteht für Folgen von Kriegsereignissen 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 Kriegsereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte Krankheiten und deren Folgen und Folgen von Unfällen und Todesfälle wird nicht geleistet.	✔ Ja, Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten und deren Folgen, für Unfallfolgen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen im Ausland verursacht worden sind, wenn der Eintritt von Kriegsereignissen bzw. inneren Unruhen für das betreffende Land nicht vorhersehbar und der VP keine Ausreise in ein anderes Land ohne aktuelle Kriegsereignisse oder innere Unruhen möglich war.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird (vor Reiseantritt bestand insoweit keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das betroffene Reisegebiet und es kann nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen werden). Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch terroristische Anschläge verursacht wurden, werden vom Versicherungsschutz umfasst.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres. Hinweis: VARIOKlinikPlus, VARIOAmbulantPlus, VARIOZahnPlus: Der Tarif endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung im Tarif GesundheitVARIO endet.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Kalenderjahre. Hinweis: Die Kündigung der Zusatzabsicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich.	 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 identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
Sonstiges	 Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit - ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts (jedoch nicht bei Anschlussheilbehandlungen sowie bei Aufenthalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)	 VARIOKlinikPlus, VARIOAmbulantPlus, VARIOZahnPlus: Recht auf Fortsetzen des Tarifes in Form einer Anwartschaft zu den im Tarif GesundheitVARIO genannten Anlässen für max. 3 Jahre. Die genauen Leistungsvoraussetzungen/Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen. GesundheitVARIO400: Recht auf vorübergehende Reduzierung des Versicherungsschutzes (Erhöhung der SB-Stufe) zu bestimmten Anlässen für max. 3 Jahre + Rückkehr in einen höheren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die genauen Leistungsvoraussetzungen/Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen. Der Versicherer bietet div. Serviceleistungen (ambulant, stationär, Zahn), z. B.: Informationen über Behandlungsmethoden, Benennung von Leistungserbringer, Unterstützung bei der Besorgung von Hilfsmitteln, bei schwerwiegenden Erkrankungen Beratung von einem hochqualifizierten medizinischen Spezialisten, Beratung und Unterstützung durch Zahnexperten des Versicherers.	 Wenn für Behandlung auch bei einer anderen PKV Ansprüche bestehen, muss die Allianz so schnell wie möglich informiert werden.	 Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: www.sdk.de .	 Wird für eine VP bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der VN verpflichtet, die LKH von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.	 Möglichkeit eines flexiblen Wechsels zwischen den einzelnen Leistungsstufen MB0 bis MB1500 ohne erneute Risikoprüfung. Bei unterjährigem Wechsel wird zur Bestimmung der Höhe des in diesem Kalenderjahr zu berücksichtigenden Selbstbehalts für jeden versicherten Monat 1/12 des Jahreselbstbehalts der jeweiligen Leistungsstufe berücksichtigt; insofern gilt für das entsprechende Kalenderjahr ein neu berechneter Jahreselbstbehalt. Bei Reduzierung des Selbstbehalts wird bei der Berechnung des Jahreselbstbehalts ab dem Zeitpunkt des Wechsels der höhere Selbstbehalt noch für eine Dauer von 3 weiteren Monaten zugrunde gelegt.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Krankentagegeld						
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettoeinkommen versicherbar?	⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das Nettoeinkommen bei Antragstellung bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✓ Versicherbar ist das Nettoeinkommen (Bruttoarbeitsentgelt abzüglich der darauf entfallenden Steuer und Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung), das in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erzielt wurde. Über das Nettoeinkommen hinaus kann Krankentagegeld versichert werden, das für Beitragszahlung in der Sozialversicherung oder deren privater Entsprechung bestimmt ist.	✓ Ja. Bei der Berechnung des aus der beruflichen Tätigkeit erzielten Nettoeinkommens können zusätzlich die Beitragsanteile des Arbeitgebers für die gesetzliche oder private Krankenversicherung, soziale oder private Pflege-Pflichtversicherung und gesetzliche Rentenversicherung oder des berufsständischen Versorgungswerks berücksichtigt werden. Maßgeblich ist das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.	✓ Das Krankentagegeld kann max. bis zum Nettoeinkommen zzgl. der Versicherungsbeiträge für die gesetzliche Rentenversicherung sowie der privaten Krankenversicherung (inkl. Pflegepflichtversicherung) versichert werden.	✓ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zzgl. Einkommenbestandteile/Zuschläge (s. u.) nicht übersteigen. Hierbei wird das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate, jedoch nicht weniger als das der letzten 3 Kalenderjahre - vor Eintritt des Versicherungsfalls - zugrunde gelegt. Das versicherbare Nettoeinkommen wird ausgehend von dem in den letzten 12 Monaten vor Eintritt des Versicherungsfalls erzielten monatlichem Bruttoeinkommen zzgl. des Arbeitgeberanteils zu den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung abzgl. der Lohn- und Kirchensteuer, dem Solidaritätszuschlag und dem Arbeitnehmeranteil zu den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung berechnet. Zusätzlich ist eine Absicherung des Arbeitgeberanteils des Beitrags zur Rentenversicherung möglich; ohne RV-Pflicht ist eine Absicherung des AG-Zuschusses zur Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk möglich.	✓ Ja. Das Krankentagegeld kann bis zur Höhe des durchschnittlichen Nettoeinkommens* vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zzgl. der Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. zu gleichzusetzenden berufsständischen Versorgungswerken versichert werden. Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Versicherungsbeginn wird als Bemessungsgrundlage das in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn zu erwartende Nettoeinkommen herangezogen (Regelung gilt in den ersten 12 Monaten ab Versicherungsbeginn). * = monatlich 1/12 des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit, welches dem Bruttojahresarbeitsentgelt (einschl. fester und etwaiger, bereits wiederholt vereinbarter variabler Vergütungsbestandteile, ohne einmalige Sonderzahlungen) abzgl. hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag) entspricht, abzgl. Arbeitnehmeranteil für die Arbeitslosenversicherung
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten (bei Verkürzung der Karenzzeit)?	Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind - ggf. mit besonderen Vereinbarungen.	⚠ Bei Wechsel in die Selbstständigkeit ist für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	✓ Beim Wechsel in die Selbstständigkeit kann die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten in Tarife mit kürzerer Karenzzeit ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten wechseln. Dies gilt auch für Arbeitnehmer, wenn sich die dauer der Lohnfortzahlung verkürzt.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: AVB, Teil I - § 4a (2) Bei einem Tätigkeitswechsel der versicherten Person kann der Versicherungsnehmer eine Umstellung des Krankentagegeldtarifs in die verkaufsoffenen Krankentagegeldtarife mit einer Karenzzeit von mind. 42 Tagen verlangen. AVB, Teil I - § 15 (4) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.	⚠ Bei Wechsel in die Selbstständigkeit ist für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif (neben KV Voll).










Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	<p>✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.</p> <p>Wird die versicherte Person arbeitslos und hat grundsätzlich Anspruch auf gesetzliche Leistungen, endet das Versicherungsverhältnis nicht, es erfolgt jedoch eine Herabstufung des Tagessatzes (für gekürzten Satz kann eine Anwartschaft vereinbart werden). Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.</p>	<p>✔ Bei Arbeitslosigkeit entfällt die Versicherungsfähigkeit erst zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass der Versicherte eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.</p>	<p>✔ Versicherungsfähigkeit besteht, solange die versicherte Person unselbstständig erwerbstätig ist (-> in einem festen Arbeitsverhältnis steht, aus dem sie ein Entgelt bezieht). Zu dieser Erwerbstätigkeit zählt auch, wenn die versicherte Person nach Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses zwar arbeitslos ist, sich aber sogleich und ernsthaft um die Aufnahme einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit bemüht und sich diese Bemühungen nicht als aussichtslos darstellen (vorübergehende Arbeitslosigkeit). Die zuvor genannten Anforderungen gelten auch als erfüllt, solange die versicherte Person während der vorübergehenden Arbeitslosigkeit krank und ausschließlich durch ihre Krankheit daran gehindert ist, eine zuvor beschriebene Tätigkeit aufzunehmen.</p>	<p>⚠ Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Hinweis: ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit (im Sinne des Arbeitsförderungsgesetzes): 3-Monats-Frist verlängert sich auf 6 Monate</p>	<p>✔ Wird die versicherte Person (VP) arbeitslos im Sinne des Sozialversicherungsrechts, entfällt die Versicherungsfähigkeit, wenn die VP keine ihr zumutbare tariflich versicherbare Tätigkeit mehr ausüben will oder dem Versicherer auf dessen Verlangen hin kein ernsthaftes und intensives Bemühen um eine solche Aufnahme mehr nachweist. Dies gilt nicht, solange ein solches Bemühen wegen Art oder Schwere einer akuten Erkrankung unzumutbar oder aussichtslos war. Ferner entfällt die Versicherungsfähigkeit, wenn aus anderen Gründen auf nicht absehbare Zeit keine oder nur geringe Erfolgsaussicht für die Aufnahme einer zumutbaren tariflich versicherbaren Tätigkeit anzunehmen ist.</p> <p>Besteht zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 6 Monate nach Wegfall der Voraussetzung.</p> <p>Der VN oder die VP kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.</p>	<p>✔ Bei Eintritt einer Arbeitslosigkeit (AL) entfällt die Versicherungsfähigkeit durch Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. durch Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit nicht, (sofern) und solange</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich die versicherte Person ernsthaft um die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit bemüht und diese Bemühungen auch nicht aus anderen Gründen objektiv aussichtslos sind (vorübergehende AL)* - die versicherte Person während der AL arbeitsunfähig (au) ist und lediglich aufgrund der Krankheit oder Unfallfolgen an den Bemühungen zur Aufnahme oder an der Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit gehindert ist*. <p>Es gelten dann folgende Regelungen (sofern die versicherte Person weiterhin von der Versicherungspflicht befreit ist):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ohne AU: a) 70% des vereinbarten Krankentagegeldes (insgesamt max. bis zum Höchstsatz des Arbeitslosengeldes I) b) (...) c) Beitrag wird entsprechend der gekürzten Leistungen angepasst / Anwartschaft für reduzierten Teil möglich 2. mit AU: Anpassung gem. a) + c) erst mit AU-Ende, spätestens 3 Monate nach Eintritt der AL / Anwartschaft für reduzierten Teil möglich <p>Dauert die vorübergehende AL 12 Monate oder länger, wird das Krankentagegeld zum Ablauf von 12 Monaten seit Eintritt der AL auf 50% der nach der Vertragsanpassung gem. Ziffer 1 oder 2 versicherten Leistung herabgesetzt (bei AU erst mit AU-Ende, spätestens 15 Monate nach Eintritt der AL).</p>
						<p>* Liegen die Voraussetzungen nicht vor, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats nach Eintritt der AL bzw. bei AU spätestens nach 3 Monaten (Fortführung - zu neuen Bedingungen oder nach anderen gleichartigen Tarifen - möglich bei Antragstellung innerhalb in 2 Monaten nach Wegfall der beruflichen Voraussetzungen).</p>



Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Ist das Tagegeld bei Selbstständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	 Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherten auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebsentnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	 Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht. Zusätzlich zum "Nettoeinkommen" kann auch der Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (SDK) versichert werden.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen* nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst des letzten abgelaufenen Kalenderjahres vor Antragstellung (bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit). * erzielter Gewinn (Überschuss der Betriebsentnahmen über die Betriebsausgaben) nach Abzug der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag). Als Nachweise sind auf Verlangen entsprechende Steuerbescheide und ggf. die BWA oder GuV aus dem abgelaufenen Kalenderjahr vorzulegen.
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Versicherungsbeginn wird als Bemessungsgrundlage das in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn zu erwartende Nettoeinkommen herangezogen (Regelung gilt bis zum Ablauf eines vollständigen Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	<p>✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht zu diesem Zeitpunkt bereits in einem eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens 6 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Umwandlung in Anwartschaftsversicherung möglich, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.</p>	<p>Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>✔ Das Versicherungsverhältnis endet mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben. Besteht zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherte seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 6 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p> <p>Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Berufsunfähigkeit im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.</p> <p>Der Eintritt der Berufsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.</p>	<p>✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber 6 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (ab dem 4. Monat 50% des vereinbarten Tagessatzes). Umwandlung in Anwartschaftsversicherung möglich, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.</p>
Endet der KT-Anspruch nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.</p>	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.</p>	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.</p>	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.</p>	<p>Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Bezug von Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung eines gesetzlichen oder privaten Rentenversicherungsträgers. Als Bezugsbeginn gilt - auch bei einer nachträglichen Auszahlung - der erste Tag des Zeitraumes, für den die jeweilige Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt wird. Besteht zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherte seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 3 Monate nach Eintritt des Rentenbezugs.</p> <p>Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Rentenbezugs im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.</p> <p>Der Bezug der Rente ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.</p>	<p>⚠ Ja, das Versicherungsverhältnis endet nicht automatisch mit Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente. Hinweis: Erhält eine versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall eine gesetzliche oder private Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und sind gleichzeitig die Voraussetzungen nach Teil I Absatz 1 Buchstabe b) (Berufsunfähigkeit) nicht erfüllt, muss der Rentenbezug angezeigt werden. Die Rente wird ab Rentenbezug auf die Leistung aus der Krankentagegeld-Versicherung angerechnet. Ist die Rentenzahlung mindestens so hoch wie der Anspruch aus der Krankentagegeld-Versicherung, besteht demnach für die Dauer des Rentenbezugs kein Anspruch auf Krankentagegeld (Versicherung kann als Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden).</p>







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	<p>✔ Verdienst-Sicherungs-Programm (VerSiPro, Stand Juli 2023) bei gleichzeitigem Bestehen einer Krankentagegeld- und einer Berufsunfähigkeitsversicherung bei den Barmenia Versicherungen, u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Anrechnung der AU-Leistungen aus der Barmenia SoloBU bei Festlegung der KT-Höhe - Leistungen ohne zeitliche Lücken durch nahtlosen Übergang der Leistungen aus der Barmenia KT-Versicherung und der Barmenia BU-Versicherung <p>Voraussetzung: Antrag auf Leistung aus der BU-Versicherung ist zu stellen und im Rahmen der BU-Versicherung ist max. eine Karenzzeit von 6 Monaten vereinbart</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Anrechnung oder Rückforderung von KT-Zahlungen, die über die Leistungen der BU-Versicherung hinausgehen - nahtlose Wiederaufnahme der KT-Absicherung nach Ende einer BU - schnelle und unbürokratische Leistungsprüfung (auf Wunsch aus einer Hand) 	<p>Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.</p>	<p>✔ Ja. Es wird durch eine zwischen der Allianz Lebensversicherungs-AG und der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG (APKV) abgestimmte Entscheidung zur Berufsunfähigkeit sichergestellt, dass die APKV die Krankentagegeldleistungen nicht wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit verweigert und gleichzeitig die Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Allianz Lebensversicherungs-AG wegen fehlender Berufsunfähigkeit abgelehnt wird, vorausgesetzt, dass beide Verträge zu dem Zeitpunkt, in dem Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden, noch bestehen.</p> <p>Hinweis: Wird zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt, gilt die Garantiezusage nur, wenn keine zumutbare Umorganisation erfolgen kann.</p>	<p>Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.</p>	<p>Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.</p>	<p>Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.</p>
Kur-/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehabmaßnahme gesetzlichen Trägers?	<p>✔ Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers wird geleistet, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.</p>	<p>✔ Das Krankentagegeld wird bei Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers im vertraglichen Umfang gezahlt, wenn die Kur oder die Rehabilitationsmaßnahme zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit muss dem Versicherer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.</p>	<p>✔ Der Versicherer leistet, wenn aus medizinischen Gründen während einer Arbeitsunfähigkeit, die mind. ununterbrochene 14 Tage dauert, eine Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers oder des berufsständischen Versorgungswerks beginnt.</p> <p>Hinweis: Leistungen nur bei Reha-Maßnahmen!</p>	<p>✔ Abweichend von § 5 (1) g) MB/KT 94 wird während einer Kuroder Sanatoriumsbehandlung sowie während einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers Krankentagegeld gezahlt, wenn – die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme durch ein ausführendes ärztliches Attest nachgewiesen wird und – unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.</p>	<p>✔ Während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden die tariflichen Leistungen erbracht. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.</p> <p>Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung findet die Einschränkung der Leistungspflicht nach Teil I § 5 Abs. 1 e) (wegen Pflege- und Verwahrfällen) und f) (während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) keine Anwendung, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit von mind. 14 Tagen Dauer vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bestand oder sich die Kur- und Sanatoriumsbehandlung unmittelbar an eine mit stationärem Krankenhausaufenthalt verbundene Operation anschließt. Diese Einschränkung findet keine Anwendung bei Krebsnachsorgekuren. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen Dritter werden auf das Krankentagegeld angerechnet.</p>	<p>✔ Ja. Leistungspflicht besteht auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOklinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuß verzichtet?	<p>✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p> <p>Das Krankentagegeld wird auch bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der insgesamt ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen (auch wg. nicht stoffgebundener Suchterkrankungen) gezahlt - zu 80%, wenn Erfolgsaussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.</p>	<p>✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>
Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	<p>✔ Leistungen werden bei den ersten drei Entziehungsmassnahmen erbracht.</p>	<p>✔ Der Versicherer leistet nur eingeschränkt bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen: Darunter sind alle ambulanten und stationären Behandlungen zu verstehen, die darauf abzielen den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu lösen. Die tarifliche Leistung wird nur während 3 ambulanten oder stationären Maßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit gezahlt. Die Behandlung muss hierbei in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen.</p>	<p>✔ Leistungen für Entziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.</p>	<p>Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.</p>	<p>✔ Zahlung des versicherten Krankentagegeldes nach Abzug der vereinbarten Karenzzeit für bis zu 3* Suchtentwöhnungen, wenn es sich um eine der beiden folgenden Varianten handelt: a) ambulante Suchtentwöhnung** bei Substanzabhängigkeit in einer Einrichtung, die mit der GKV einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen hat b) stationäre Suchtentwöhnung**</p> <p>Ansprüche auf Ersatz des Verdienstausfalls gegen Dritte werden angerechnet.</p> <p>* 1. Entwöhnungsbehandlung ohne vorherige Genehmigung und schriftliche Zusage; 2. + 3. Suchtentwöhnung nach vorheriger schriftlicher Zusage ** bezieht sich auf den Prozess der Entgiftung und Rehabilitation von Personen, die von einer Substanz, wie beispielsweise Alkohol, Drogen und Medikamenten abhängig sind (nicht jedoch Nikotinsucht)</p> <p>Der Versicherer empfiehlt, vor Beginn einer Suchtbehandlung die Leistungszusage bei ihm einzuholen, um abzuklären, ob a) die Voraussetzungen für die Suchtbehandlung gegeben sind und b) falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.</p>	<p>✔ Ja. Das Krankentagegeld wird auch - nach vorheriger schriftlicher Zusage - während medizinisch notwendiger stationärer Entziehungsmaßnahmen einschr. Entziehungskuren zur Behandlung von Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) gezahlt, wenn kein anderweitiger Anspruch auf Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld oder Übergangsgeld) besteht - zu 80% für bis zu 12 Wochen nach Ablauf der Karenzzeit, max. 3 Maßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit (Maßnahmen, die zu Lasten eines anderen Versicherers, eines Rehabilitationsträgers oder eines Krankheitskosten-Vollversicherungstarifs des Versicherers bereits durchgeführt wurden, werden auf die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen angerechnet).</p>










Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✓ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt"	✓ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✓ Eine Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung oder medizinisch notwendiger stationärer Operation - bei akuter Erkrankung während des Aufenthalts - wenn das Krankenhaus das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der versicherten Person ist - bei Arbeitsunfähigkeit, wenn diese mindestens ununterbrochene 14 Tage vor Beginn des Krankenhausaufenthalts bestanden hat und ununterbrochen über das Ende des Krankenhausaufenthalts hinausgeht.	✓ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz	✓ 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.	✓ Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfalleinweisung handelt, - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war oder - während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?	Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.	 Ja. Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes bei Erkrankung eines – höchstens 11 Jahre alten - Kindes: - nach ärztlicher Bescheinigung ist die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege erforderlich - Beaufsichtigung/Betreuung/Pflege erfolgt durch die versicherte Person (VP), die deshalb ihrer Berufstätigkeit nicht nachgeht - keine andere im Haushalt der VP lebende Person kann das Kind beaufsichtigen, betreiben oder pflegen - ohne Berücksichtigung der Karenzzeit - je Kind max. 10 Arbeitstage p. a., insgesamt max. 25 Arbeitstage für alle Kinder p. a. - es besteht kein Anspruch gegen den Arbeitgeber auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung. Hinweis: Kind muss ebenfalls bei der BKK krankheitskostenvollversichert sein!			 Unabhängig von der Karenzzeit besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld a) in jedem Kalenderjahr für jedes Kind für längstens 15 Arbeitstage, jedoch für nicht mehr als insgesamt 30 Arbeitstage b) einmalig während der Vertragslaufzeit für max. 90 Kalendertage, wenn zu a) - die versicherte Person (VP) der Arbeit fernbleibt, um ihr erkranktes Kind zu beaufsichtigen, zu betreiben oder zu pflegen, wobei eine Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege nach ärztlichem Zeugnis (ist innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung vorzulegen) erforderlich ist, - eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreiben oder pflegen kann, - die Erkrankung des Kindes erst nach Versicherungsbeginn in dem versicherten Krankentagegeldtarif eingetreten ist zu b) - und solange ein Kind der VP nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet, bei der eine Heilung ausgeschlossen, diese austerapiert ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt, - die VP daher zu Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt zu a) + b) - das Kind beim Versicherer privat krankheitskostenvollversichert ist und das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, - eine Bescheinigung des Arbeitgebers eingereicht wird, aus der hervorgeht, ob und in welcher Höhe für die entsprechenden Tage eine Vergütung gezahlt wird. Gezahlte Vergütungen des Arbeitgebers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.	 Ja. Es besteht Anspruch auf Krankentagegeld, wenn die versicherte Person (VP) der Arbeit fernbleibt, um ihr erkranktes – höchstens 11 Jahre altes - Kind zu beaufsichtigen, zu betreiben oder zu pflegen: - keine andere in Haushalt der VP lebende Person kann das Kind beaufsichtigen, betreiben oder pflegen - ohne Berücksichtigung der Karenzzeit - erforderliche Beaufsichtigung/Betreuung/Pflege muss durch ärztliches Zeugnis nachgewiesen werden (innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung) - Erkrankung ist erst nach Versicherungsbeginn im Krankentagegeldtarif eingetreten - max. 15 Arbeitstage p. a., unabhängig von der Anzahl der Kinder und unabhängig davon, welches der Kinder erkrankt ist - einmalig während gesamter Vertragslaufzeit: max. 90 Kalendertage, wenn und solange ein Kind an einer Erkrankung leidet, bei der eine Heilung ausgeschlossen, diese austerapiert ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt (ggf. ärztliches Zeugnis erforderlich) - Anspruch entfällt bei Arbeitnehmern, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht (unbezahlte Freistellung ist ggf. nachzuweisen). Hinweis: Kind muss ebenfalls bei der ARAG krankheitskostenvollversichert sein!







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	<p>✓ Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.</p>	<p>✓ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Keine Einschränkung der Leistungspflicht.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen.</p> <p>Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.</p> <p>Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen.</p>	<p>✓ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Krankentagegeld wird in tariflichem Umfang gezahlt.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen.</p> <p>Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✓ Abweichend von § 5 (1) d) MB/KT 94 besteht ausserhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Dies gilt sinngemäß auch für Selbstständige.</p>	<p>✓ Verzicht auf Leistungseinschränkungen während der Schwangerschaft: Es besteht nachrangige Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen schwangerschaftsbedingter Erkrankung, Fehlgeburt, Entbindung sowie bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer oder kriminologischer Indikation.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) zzgl. Einkommensbestandteile (Zuschläge) nicht übersteigen.</p> <p>Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen.</p> <p>Die Wartezeit beträgt 8 Monate ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✓ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Es besteht ausschließlich wegen Schwangerschaft (gilt nicht bei Fluguntauglichkeit) sowie bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation und bei Fehlgeburt.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate (bei Selbstständigen des letzten abgelaufenen Kalenderjahres) vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen.</p> <p>Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen.</p> <p>Die Wartezeit beträgt 8 Monate ab Versicherungsbeginn.</p>
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?		Keine Leistung.		<p>✓ Entbindungspauschale in Höhe des zwölfwachen Krankentagegeldes.</p>	<p>✓ Bei jeder Entbindung durch die versicherte Person zahlt der Versicherer unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage einer Kopie der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale des 10-fachen versicherten Tagessatzes unter der Voraussetzung, dass das Neugeborene spätestens 2 Monate nach der Geburt ebenfalls bei der LKH krankenvollversichert wird. Bei Mehrlingsgeburten wird die Pauschale einmalig gezahlt.</p>	Nein, es wird keine Entbindungspauschale gezahlt.







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?	<p>✔ Bei einem Aufenthalt im Ausland wird für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen.</p> <p>b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.</p>	<p>✔ Versicherungsschutz wie in Deutschland besteht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland - bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR - für versicherte Person, die als Arbeitnehmer von ihrem Arbeitgeber vorübergehend ins außereuropäische Ausland entsandt werden. <p>Die versicherte Person ist im Versicherungsfall verpflichtet, dem Versicherer ihren Aufenthaltsort mitzuteilen, sofern sie sich für mehr als 7 Tage nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet.</p>	<p>Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.</p>	<p>Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.</p>	<p>✔ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands, innerhalb der EU/ des EWR wird bei Arbeitsunfähigkeit durch akut eingetretene Erkrankung auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann.</p> <p>Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem Aufenthalt von bis zu 12 Monaten außerhalb der EU/des EWR für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus das tarifliche Krankentagegeld gezahlt.</p> <p>Der Versicherungsschutz kann darüber hinaus bei Aufenthalten im Ausland (EU, EWR oder sonstige Staaten) gegen Erhebung eines angemessenen Beitragszuschlags (Risikozuschlags) durch besondere Vereinbarung zeitlich befristet ausgedehnt werden.</p> <p>Bei Verlegung des ständigen Wohnsitzes innerhalb der EU/des EWR gelten die o. g. Bestimmungen.</p>	<p>Nein. Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten/Unfälle nur für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus oder in einer Privatlinik* geleistet (fürs außereuropäische Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden).</p> <p>Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Anrainersstaat Deutschlands (als Grenzpendler): Versicherungsschutz besteht in dem Umfang weiter, wie er zuvor in Deutschland bestanden hat.</p> <p>Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR: Leistungen nur für dort akut eingetretene Krankheiten/Unfälle für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus oder in einer Privatlinik*.</p> <p>Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU/des EWR: Versicherung endet; anderweitige Vereinbarung kann getroffen werden.</p> <p>* Klinik muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen</p>
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/eine Rückreise mgl.)	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.</p>	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung der Leistungspflicht vor.</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird geleistet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. <p>b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet</p>	<p>⚠ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.</p>	<p>⚠ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Hinweis: Verzicht auf Kurortklausel</p>	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - während Aufenthalt im Heilbad/Kurort: für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung - bei Aufenthalt in Deutschland außerhalb des Wohnortes: schriftliche Zusage vor Aufenthaltsbeginn erforderlich (medizinische Gründe dürfen nicht entgegenstehen, Verzögerung des Heilungsprozesses ist nicht zu erwarten, medizinische Versorgung/weitere Heilbehandlung ist nach begründetem ärztlichen Zeugnis gewährleistet, neuer Aufenthaltsort + voraussichtliche Aufenthaltsdauer sind der ARAG vorab zu benennen). - bei kurzzeitiger Heilbehandlung außerhalb Deutschlands: vorherige schriftliche Zusage (ggf. befristet) erforderlich; Behandlung muss medizinisch sinnvoll sein, um die Dauer einer schon eingetretenen Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen (medizinische Indikation lässt erwarten, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Wahrnehmung dieser Heilbehandlung schneller wiederhergestellt werden kann).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	<p>✔ Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ärztlich festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.</p>	<p>✔ Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit erfolgt eine Anrechnung vorangegangener, nachgewiesener Arbeitsunfähigkeitszeiten auf die Karenzzeit, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Arbeitsunfähigkeiten infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge eintreten und - das Ende der vorangegangenen, nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit noch keine 6 Monate zurückliegt und - die anzurechnenden Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit liegen. 	<p>✔ Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Aufschubzeit (Karenzzeit) angerechnet.</p>	<p>✔ Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeiten zusammengezählt. Für Selbstständige gilt dies sinngemäß.</p>	<p>✔ Die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, welche entsprechend den gesetzlichen Regelungen zur Fortzahlung von Arbeitsentgelt bei Arbeitnehmern berechtigterweise zusammenzurechnen sind, werden für tarifliche Karenzzeiten in gleicher Weise berücksichtigt.</p>	<p>✔ Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgeltes berechtigterweise zusammenrechnet, werden auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.</p>
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/ Wiedereingliederungsversuch?	<p>Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.</p>	<p>✔ Im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung wird das Krankentagegeld auch gezahlt, wenn keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt und eine teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Zahlung erfolgt bis zum Ende der Wiedereingliederung, längstens jedoch für insgesamt 6 Monate. Wird im Rahmen eines Versicherungsfalles die Wiedereingliederung unterbrochen und in einem weiteren Versuch später fortgeführt, werden die Zeiten der Wiedereingliederung zusammengerechnet.</p>	<p>✔ Der Tarif leistet das versicherte Krankentagegeld bis zur Höhe des tatsächlichen Netto-Einkommens (unter Anrechnung anderer Zahlungen, z.B. Übergangsgelder), wenn für die versicherte Person im unmittelbaren Anschluss an eine Arbeitsunfähigkeit eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erfolgt und sie damit teilweise ihre berufliche Tätigkeit ausübt (teilweise Arbeitsunfähigkeit).</p>	<p>Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.</p>	<p>✔ Das Krankentagegeld wird im Rahmen einer beruflichen stufenweisen Wiedereingliederung auch gezahlt, wenn keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt. Die Zahlung erfolgt bis zum Ende der Wiedereingliederung, längstens jedoch für insgesamt 6 Monate. Voraussetzung der Leistung ist, dass der Versicherungsnehmer einen ärztlich bestätigten Plan mit Angaben zu Beginn und Dauer der Wiedereingliederung vorlegt und eine Bestätigung des Arbeitgebers einreicht, aus der sich ergibt, ob und in welcher Höhe Vergütung gezahlt wird. Gezahlte Vergütungen und Entgeltersatzleistungen Dritter werden angerechnet.</p>	<p>✔ Arbeitnehmer haben bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit während einer stufenweisen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit (Wiedereingliederungsmaßnahme) einen Anspruch auf Krankentagegeld, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie nach ärztlicher Feststellung durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können (Vorlage Wiedereingliederungsplan erforderlich) - die Wiedereingliederungsmaßnahme in unmittelbarem Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, für die der Versicherer leistungspflichtig gewesen ist, durchgeführt wird - dem Versicherer eine Bescheinigung des Arbeitgebers vorgelegt wird, aus der sich ergibt, ob und in welchem Umfang während der Wiedereingliederungsmaßnahme ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt wird (wird wenn entsprechend angerechnet) <p>Ein Anspruch besteht höchstens für eine Dauer von 12 Wochen.</p> <p>Änderungen des eingereichten Wiedereingliederungsplans, der Abbruch der Wiedereingliederungsmaßnahme sowie Änderungen der bescheinigten (Teil-)Arbeitsentgeltleistungen sind dem Versicherer unverzüglich in Textform mitzuteilen.</p> <p>Hinweis: Der Leistungsanspruch gilt nur für Arbeitnehmer.</p>







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
<p>Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?</p>	<p>✔ Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangenen zwei Jahre ausgeglichen werden.</p> <p>Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.</p>	<p>⚠ Erhöht sich das Nettoeinkommen, so kann der Versicherungsnehmer sein Tagegeld im gleichen Verhältnis, aufgerundet auf volle 5 EUR, erhöhen.</p> <p>Die Erhöhung des Krankentagegeldes erfolgt ohne neue Gesundheitsprüfung, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt und die Erhöhung mit dem Antrag nachgewiesen wird.</p> <p>Für zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen.</p> <p>Hinweis: - Optionsrecht auf Erhöhung zu folgenden Anlässen: Heirat, Scheidung, Geburt/Adoption eines Kindes, Erwerb einer Wohnimmobilie, nach Ablauf des 3. und 6. Kalenderjahres nach Übertritt aus der GKV oder Krankentagegeldversicherung einer anderen PKV - innerhalb von 3 Monaten ab Eintritt des Ereignisses (Nachweis erforderlich) - Dynamisierung/Erhöhung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung: erstmals nach einer Versicherungsdauer von 3 vollen Kalenderjahren, danach alle 3 Kalenderjahre. Angebot des Versicherers gilt nur bei einer Krankentagegeldhöhe von mind. 25 EUR.</p> <p>Für zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen.</p> <p>Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit kann eine prozentual entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragt werden. Hierbei wird auf die Wartezeiten sowie eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Einkommenserhöhung zum nächsten Monatsersten gestellt wird.</p>	<p>✔ Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle 3 Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 25,- das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Sofern eine darüber hinausgehende Erhöhung des Nettoeinkommens nachgewiesen wird, erfolgt diese Anpassung aufgrund der individuellen Entwicklung des Nettoeinkommens. Für Arbeitnehmer wird auch ausserhalb des 3-Jahres-Zeitraumes bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld angepasst.</p>	<p>✔ Der Versicherer bietet dem Versicherungsnehmer in Abständen von längstens 2 Jahren eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung an. Voraussetzung ist, dass das Versicherungsverhältnis zum Anpassungstermin mind. 12 Monate in unveränderter Höhe bestanden hat und das versicherte Krankentagegeld mind. 25 EUR beträgt.*</p> <p>Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird der Tagessatz des versicherten Krankentagegeldes insoweit angepasst, als sich das regelmäßige, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht nur vorübergehend erhöht hat. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach dem Eintritt der Einkommenserhöhung gestellt und die Erhöhung des Nettoeinkommens nachgewiesen wurde. Das insgesamt versicherte Krankentagegeld darf aufgrund einer solchen Anpassung einen Tagessatz von 500 EUR nicht übersteigen.**</p> <p>Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfällt die Wartezeit.</p> <p>Der Versicherungsschutz über das erhöhte Krankentagegeld gilt * vom Ersten des Folgemonats an, in welchem die Annahmeerklärung beim Versicherer eingegangen ist. ** ab dem Ersten des auf den entsprechenden Antrag und Nachweis folgenden Monats. Für Versicherungsfälle, die vor dem Beginn einer Anpassung eingetreten sind, besteht bis zu ihrer Beendigung nur ein Anspruch auf die bisherigen Leistungen.</p>	<p>⚠ Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit, kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag (innerhalb von 2 Monaten nach Änderung des Einkommens) höher versichert werden - ohne Wartezeiten, d. h. Mehrleistung werden dann auch schon für einen laufenden (leistungspflichtigen) Versicherungsfall gezahlt. Die Erhöhung des Nettoeinkommens ist auf Verlangen nachzuweisen.</p> <p>Gleiches gilt sinngemäß bei der Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit für Selbstständige, sofern die Einkommenserhöhung innerhalb von 2 Monaten nach Erhalt des aktuellsten Steuerbescheides nachgewiesen wird (Vorlage aktueller Steuerbescheid und BWA oder GuV aus dem abgelaufenen Kalenderjahr erforderlich).</p> <p>Hinweis: Erhöhung des Tagegeldes (Dynamisierung) - ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit: alle 3 Kalenderjahre (erstmalig 2024) entsprechend der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte - um max. 10% (auch für laufenden Versicherungsfall (ab Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung)). Anpassung erfolgt nur, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach diesem Tarif bestand, sich während dieser Zeit die vereinbarte Tagessatzhöhe nicht geändert hat und der Tarif nicht ruht.</p>
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht						
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht bei GKV-Versicherten?	✔ Ja, Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein, Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant


Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei einer anderer PKV besteht?	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Selbstständige: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht. ⚠ Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/Antwort des Versicherers steht noch aus	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	⚠ Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer abschließbar/versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant (s. aber auch Hinweis) Hinweis: Wird die Krankheitskosten-Vollversicherung gekündigt und das Versicherungsverhältnis in einem anderen Krankentagegeldtarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgesetzt, wird nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet.
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Krankentagegeld						
Ist ein Abschluss möglich, wenn die PKV bei einem anderen Versicherer besteht?	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	⚠ Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden. Hinweis: Die Versicherungsfähigkeit bleibt bestehen, wenn die versicherte Person in der GKV versicherungspflichtig wird oder der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenvollversicherung wegen Beitragsanpassung kündigt.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden - auf den Krankentagegeldtarif fällt dann ein 40%iger Beitragszuschlag an.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.
max. versicherbarer Tagessatz insgesamt (auch in Kombination verschiedener KZ)						
Max. versicherbarer Tagessatz - Arbeitnehmer	✔ max. Tagessatz: 400 EUR GKV-Pflichtversicherte: 35 EUR	✔ max. Tagessatz: 300 EUR (ab 200 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	✔ max. Tagessatz: 300 EUR	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	✔ max. Tagessatz: 300 EUR	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Max. versicherbarer Tagessatz - Selbstständige	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Max. versicherbarer Tagessatz - Existenzgründer (Selbstständige)	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 80 EUR in Abhängigkeit der Berufsgruppe ggf. auch: solo: nicht versicherbar i. V. m. ZV: nicht versicherbar oder > 80 EUR VV: > 80 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 85 EUR
Max. versicherbarer Tagessatz - Freiberufler	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Existenzgründer: 85 EUR ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 GSB90 GSZ100 PVN KTA7W	 AM12 S1 Z9 PPN TA 6	 GUP500 PVN KTA43	 MedBest 300 PVN KTV42
Monatsbeitrag:	1.142,26 €	779,71 €	912,07 €	868,54 €	928,40 €	738,88 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	96 %	95 %	95 %	94 %	91 %
Max. versicherbarer Tagessatz - - Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	s. TM42+	✔ max. Tagessatz: 600 EUR (ab 200 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	s. KTM07W	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	✔ max. Tagessatz: 500 EUR	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Max. versicherbarer Tagessatz - - Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	s. TM42+	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Existenzgründer: 85 EUR ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Krankentagegeld						
Mindestvertragsdauer	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Versicherungsjahr. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr beginnt am 01.07. und endet am 30.06. eines Jahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden; das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.
Sonstiges?	✔ Besteht für einen Arbeitnehmer während der ersten vier Wochen eines Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird das vereinbarte Krankentagegeld auch nach einer Karenzzeit von drei Tagen für jeden Tag einer völligen Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum Ablauf der vierten Woche des Arbeitsverhältnisses gezahlt.	✔ Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden. Versicherer bietet mit geeigneten Services durch eigene oder von ihm beauftragte Gesundheitsexperten individuelle Unterstützung, gesund zu bleiben, gesund zu werden oder den Alltag zu erleichtern.	✔ Verkürzt sich bei Wechsel des Arbeitgebers die Dauer der Entgeltfortzahlung, so kann im Rahmen der tariflich vorgesehenen Karenzzeiten der Wechsel auf einen Tarif mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Hierbei wird auf die Wartezeiten sowie eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Arbeitgeberwechsel zum nächsten Monatsersten gestellt wird.	✔ Bei Entbindungen wird nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des zwölffachen Krankentagegeldes gezahlt, höchstens jedoch das 60fache des Monatsbeitrages.	✔ Der Versicherer verzichtet auf allgemeine und besondere Wartezeiten (außer bei Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag). Besteht innerhalb der ersten 4 Wochen eines ununterbrochen dauernden Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen den Arbeitgeber, wird das Krankentagegeld ohne Berücksichtigung der Karenzzeit ab dem 1. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Die Zahlung endet mit Einsetzen der gesetzlichen Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers; sie beginnt erneut nach dem Ende der Entgeltfortzahlungspflicht, sofern die Arbeitsunfähigkeit fortbesteht. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.	✔ - Neuabschluss einer weiteren oder Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit vorheriger Einwilligung des Versicherers - keine Wartezeiten (neben KV Voll) - bei Reduzierung der Dauer der Entgeltfortzahlung (bei AN) Umstellung in Tarif mit entsprechend kürzerer Karenzzeit auf Antrag (innerhalb von 2 Monaten) möglich (ohne Risikoprüfung/Wartezeiten) - jeder Berufswechsel/Statuswechsel zwischen Angestelltenverhältnis und Selbstständigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen - bei fliegendem Personal (Piloten, Kabine) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit