

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person






Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum: 01.01.1989
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Arbeitnehmer/in
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.06.2024
Tarifarten: Krankenvollversicherung
Krankentagegeld 150 € 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
	GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	761,11 €
	einsA expert+ 1 PVN T42+	1.012,57 €
	AM11 S1 Z9 PPN TA 6	871,08 €
	GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	898,05 €
	MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42	688,40 €

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.

				
<p>GVARIO 400 - 509,61 €</p> <p>Kompakttarif GesundheitVARIO 400:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Leistungen, Heilpraktiker, Psychotherapie: 100% - Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt): 100% - Zahnbehandlung (inkl. Inlays): 100% - Zahnersatz: 70% - Kieferorthopädie: 100% <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>einsA expert+ 1 770,82 €</p> <p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 100% Psychotherapie <p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung <p>Zahn:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz 90% Kieferorthopädie <p>Selbstbehalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> 300 € Selbsthalt p.a. (Kinder hälftige SB) <p>AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0123 DT + Teil III_K 4610 0123 DT</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2023</p>	<p>AM11 405,54 €</p> <p>Ambulanter Tarif mit 10% Selbstbeteiligung, max. 240 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>Beitragsstand: 01.01.2021</p>	<p>G5B90 552,35 €</p> <p>Kompakttarif für ambulante und stationäre Leistungen MeinGesundheitsschutz Best 70 plus Zusatzabsicherung nach Tarif Upgrade auf Best 90</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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>FlexiPro 5,00 €</p> <p>Optionstarif für GKV-Versicherte und bei der ARAG Vollversicherte</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2011</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. <p>sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: 01.01.2024</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: 01.01.2019</p>	<p>GSWO 9,00 €</p> <p>Optionstarif MeineWechseloption</p> <p>Optionsrecht auf Höherversicherung (bis zu 3x während gesamter Vertragslaufzeit, erstmals zum 1.1. des 4. Kalenderjahres)</p> <p>Tarif endet spätestens zum Ende des Kalenderjahres, in dem die VP 50 Jahre alt wird</p> <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen (Beitragssprung zum 01. des Monats, der auf den 21. Geburtstag der VP folgt)</p> <p>Sonderbedingungen – MeineWechseloption_B5U251000Z0 (01) 05.24</p> <p>Beitragsstand: 01.05.2024</p>	<p>MedBest 300 510,09 €</p> <p>Kompakttarif MedBest (Leistungsstufe MB300)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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% <ul style="list-style-type: none"> - garantierte Pauschalerstattung von 600 EUR p. a. (Kinder/Jugendliche: hälftig) <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: 14.10.2019</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>Z9 86,32 €</p> <p>Zahntarif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 90% - Kieferorthopädie: 90% <p>Beitragsstand: 01.01.2021</p>	<p>GSZ100 133,51 €</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>	

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:	58,13 €	Gesetzlicher Zuschlag:	77,08 €	Gesetzlicher Zuschlag:	67,79 €	Gesetzlicher Zuschlag:	69,49 €	Gesetzlicher Zuschlag:	51,01 €
PVN 65,84 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023		PVN 65,67 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023		PPN 65,37 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023		PVN 66,80 € Pflegepflichtversicherung Beitragsstand: 01.01.2023		PVN 66,95 € Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023	
KT-AN 43 55,80 € 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: 150,00 € Beitragsstand: 01.01.2020		T42+ 99,00 € Krankentagegeld ab dem 43. Tag Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 € Beitragsstand: 01.01.2023		TA 6 60,00 € Krankentagegeld ab dem 43. Tag. Sofern Tarif TA nicht mit einem Krankheitskostentarif zusammen besteht, erhöht sich der Beitrag um 40%. Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 € Beitragsstand: 01.01.2018		KTA7W 66,90 € Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer AVB: B45129900Z0 + B4U1388N0Z0_01.21 - Januar 2021 Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 € Beitragsstand: 01.01.2022		KTV42 55,35 € 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: 150,00 € Beitragsstand: 14.10.2019	
Gesamtbeitrag mtl.:	761,11 €	1.012,57 €		871,08 €		898,05 €		688,40 €	
Arbeitnehmeranteil mtl.:	380,56 €	557,98 €		435,54 €		449,02 €		344,20 €	
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	413,89 €	582,98 €		455,54 €		490,69 €		369,20 €	














































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

Analyse Krankenversicherung

Übersicht der Leistungsstärke

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

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

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Selbstbehalt p.a.:	400,00 €	300,00 €	240,00 €	500,00 €	300,00 €
SB Art *:	A %	ASZ	A %	AS %	ASZ
Arbeitnehmeranteil:	380,56 €	557,98 €	435,54 €	449,02 €	344,20 €
Effektivbeitrag **:	413,89 €	582,98 €	455,54 €	490,69 €	369,20 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	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
Zahn					
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	90 %	90 %	90 %	100 %	90 %
Kieferorthopädie	100 %	90 %	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.

		 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		400,00 €	300,00 €	240,00 € ⚠	500,00 €	300,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		400,00 €	300,00 €	240,00 €	250,00 €	300,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)		✔		✔		
- SB prozentual (bzw. keine SB)		✔		✔	✔	
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)		✔	✔	✔		✔
- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf SB angerechnet		✔	✔	✔ ⚠	✔	✔
- Schutzimpfungen werden nicht auf SB angerechnet		✔	✔	✔ ⚠	✔	✔
				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).		
				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).		
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 Nichteinholung unter 5.000 €		✔	✔	✔	✔	✔
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinholung auf ...%		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Gebührenordnung ambulant						
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✔	✔	✔	✔	✔
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✔	✔	✔	✔	✔
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✔	✔	✔	✔	✔






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Heilpraktiker						
Heilpraktiker		 		 		
		Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.		Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.		
- xx % Erstattung		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	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.		
- mind. bis Höchstsatz GebÜH						
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (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 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).		
- Schutzimpfungen						
Heilmittel						
Definition Heilmittelkatalog						
- Erstattung in %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		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						

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant






	Kundenwunsch	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Hilfsmittel						
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	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: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	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.	
- Orthopädische Schuhe	📄	✓	✓ ⚠️	✓	✓	✓
			Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhschulzungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät	📄	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenlese-/Vorlesegerät	📄	✓	✓	✓	✓	✓
- Körpersersatzstücke ohne Summenbegrenzung	📄	✓	✓	✓	✓ ⚠️	✓
					Hinweis: Perücken bei krankhaftem Haarausfall werden zu 100% bis max. 1.000 EUR je Perücke erstattet.	
- Prothesen	📄	✓	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen	📄	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthesen	📄	✓	✓	✓	✓	✓
Sehhilfen						
- Erstattung xx €	📄	1.000,00 €	600,00 €	1.000,00 €	1.000,00 €	600,00 €
- Anspruch mind. alle ... Monate		24	24	36	36	24
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung						
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		unbegrenzt	4.000,00 € ⚠️	6.000,00 € ⚠️	unbegrenzt	2.000,00 €
			Hinweis: frühestens nach 2 Jahren	Hinweis: frühestens nach 36 Monaten		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant






















	Kundenwunsch	VER SICHER UNGS KAMMER BAYERN	Barmenia EINFACH. MENSCHLICH.	SDK Einfach für Ihr Leben da.	Allianz	ARAG
		GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	einsA expert+ 1 PVN T42+	AM11 S1 Z9 PPN TA 6	GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Psychotherapie						
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		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), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	Hinweis: 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).	
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)						
		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. Erstattungsfähig sind auch Fahrtkosten bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter (Geh- oder) Sehunfähigkeit und/oder bei schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntüchtigkeit (s. vorherigen Leistungspunkt).		Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).		
- ambulante Notfalltransporte						
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche SB						
		Hinweis: VARIO AmbulantPlus, bis Alter 21: Erstattet werden ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva - zu 100%, einschl. ärztlicher Leistungen.			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.	
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel (über enteral/parenteral hinaus)						
sonstiges						
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)						
- Behandlung in Krankenhausambulanzen						
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege						
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)						

Leistungsvergleich Ambulant

		 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Kurleistung ambulant						
Kurleistung ambulant		✓	✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant						
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓






























































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	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/BPIV		✓ 	✓	✓	✓ 	✓
	Hinweis: preiswerteste Zimmerkategorie				Hinweis: 150% über KHEntG/BPIV einschl. 1-/2-Bettzimmer	
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓	✓	✓		✓
					Hinweis: Gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet.	
Stationär						
Krankentransporte bis zum nächstgelegenen Krankenhaus		✓	✓	✓ 	✓	✓
				Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.		
Ersatzkrankenhaustagegeld		✓	✓	✓	✓	✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓	✓	✓	✓	✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓	✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung stationär		✓	✓	✓	✓	✓
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Zahn						
Zahnbehandlung %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Zahnersatz %		90,00 % 	90,00 %	90,00 %	100,00 %	90,00 %
		Hinweis: Der Versicherer erstattet Kosten für Zahnersatz zu 90%, abzüglich der nach Tarif GesundheitVARIO erstatteten Versicherungsleistungen.				
Kieferorthopädie %		100,00 %	90,00 %	90,00 %	100,00 %	90,00 %
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		19 	unbegrenzt	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	
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-/Lsg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/angemessene Erstattung						
Summenbegrenzung max. ... Jahre		3 	3 	4 	3	3
		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).		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.		
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall						
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage						
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen						
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung						
- sonstiges						











Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	VER SICHER UNGS KAMMER BAYERN GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. einsA expert+ 1 PVN T42+	SDK Einfach für Ihr Leben da. AM11 S1 Z9 PPN TA 6	Allianz GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	ARAG MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2020	2013	2017	2024	2019
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		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	0	2	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						600,00 €
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER						300,00 €
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr			1,00	3,00	1,80	2,50
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER			1,00	3,00	4,20	2,50
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr		1.000,00 €				
-BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER		350,00 €				
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich		✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓
				Hinweis: AM11: 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).	Hinweis: GSZ100: nur bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm" GSB90: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Schutzimpfungen BRE-unschädlich		✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓
				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.	Hinweis: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“	
- weitere / andere Leistungen BRE-unschädlich			✓			✓
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpffjahr)		✓	✓	✓	✓	✓
- Anrechnung Vorversicherung (VV) 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.			
Ausland						
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		12	unbegrenzt ⚠	unbegrenzt	12 ⚠	3 
			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.	Hinweis: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.		
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓	✓	✓	✓	
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓	✓	✓	✓	
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland		✓		✓	✓	
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: 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

	Kundenwunsch	VER SICHER KAMMER UNGS BAYERN GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. einsA expert+ 1 PVN T42+	SDK Einfach für Ihr Leben da. AM11 S1 Z9 PPN TA 6	Allianz GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	ARAG MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		2	3	5	3	10
		Hinweis: auch anlassbezogenes Optionsrecht vorhanden (keine bestimmte Anzahl, keine festen Zeitpunkte), s. nächsten Leistungspunkt		Hinweis: AM11, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.		Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht kann zum 1. Januar eines Jahres ausgeübt werden; die Umstellung muss vor dem Umstellungstermin in Textform beim Versicherer beantragt werden. Die Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro (bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird).
- anlassbezogenes Optionsrecht						
				Hinweis: AM11, 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						
						Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		unbegrenzt	unbegrenzt	50	50	unbegrenzt
				Hinweis: AM11, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		Hinweis: FlexiPro: Die Versicherung endet spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird (bzw. mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro).
- 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						






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	VER SICHER KAMMER UNGS BAYERN GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	Barmenia EINFACH. MENSCHLICH. einsA expert+ 1 PVN T42+	SDK Einfach für Ihr Leben da. AM11 S1 Z9 PPN TA 6	Allianz GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	ARAG MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen						
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen						
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen						
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen						
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen						
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen						
		Hinweis: auch mitversichert: medizinisch notwendig erscheinende Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen o. von Keimzellgewebe (Erstattung bis zur Vollendung des 43. Lebensjahres der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes)	Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermazellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).		Hinweis: auch mitversichert: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen 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 mitversichert: Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen sowie dazugehörige medizinische Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellschädigenden Therapie unterziehen muss (für die Dauer der Kryokonservierung gelten die bei Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen).
- Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung						
					Hinweis: GSZ100, GSB90, GSWO: Beitragsbefreiung bei - Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) - Versicherung von Kindern	
- 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, Kündigungszeitpunkt		2	2	1	2	2
		Hinweis: VARIOKlinikPlus, VARIOAmbulantPlus, VARIOZahnPlus: Der Tarif endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung im Tarif GesundheitVARIO endet.			Hinweis: GSB90: Die Kündigung der Zusatzversicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich. GSWO: Kündigung zu jedem Jahresende - mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist - möglich.	
sonstiges						






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	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: 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 (Betriebs-einnahmen 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		✓	✓	✓		✓
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 Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und sind gleichzeitig die Voraussetzungen nach Teil I Absatz 1 Buchstabe b) (Berufs-unfähigkeit) 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 Berufs-unfähigkeit eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt, gilt die Garantiezusage nur, wenn keine zumutbare Umorganisation erfolgen kann.	
Leistung auch bei Kur-/RehabMaßnahme eines gesetzlichen Trägers		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Leistungen nur bei Rehab-Maßnahmen!	✓

























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
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		✓	✓			
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/eine Rückreise mgl.)		✓	✓	⚠ Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	✓ ⚠ 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: 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 lässt 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.














Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:		761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung		  <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. Für zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen. Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</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>
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn						
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht						
- GKV-Versicherte (KT-Zusatz bei PKV)						
- Selbstständige: KT + PKV-Voll nicht beim selben VR				 <p>Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/Antwort des Versicherers steht noch aus</p>		 <p>Hinweis: Wird die Krankheitskosten-Vollversicherung gekündigt und das Versicherungsverhältnis in einem anderen Krankentagegeldtarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgesetzt, wird nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet.</p>
- Selbstständige: KT + PKV-Voll beim selben VR						
Krankentagegeld						
Abschluss mit PKV bei anderem VU versicherbar		 <p>Hinweis: Die Versicherungsfähigkeit bleibt bestehen, wenn die versicherte Person in der GKV versicherungspflichtig wird oder der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenvollversicherung wegen Beitragsanpassung kündigt.</p>				
max. versicherbarer Tagessatz insgesamt (auch in Kombination verschiedener KZ)						
Arbeitnehmer		300	400	250	300	unbegrenzt  <p>Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich</p>
Selbstständige			400	250		unbegrenzt  <p>Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich</p>
Existenzgründer (Selbstständige)			400			85

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

		 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Freiberufler			400	250		unbegrenzt  Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Ärzte / Zahnärzte (angestellt)		600		250		unbegrenzt  Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)				250		unbegrenzt  Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich
Krankentagegeld						
Mindestvertragsdauer		1	1	1	2	1
sonstiges						






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Selbstbeteiligung (SB)					
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	 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 ist auf 300,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	 Die Selbstbeteiligung beträgt 10% und ist auf 240 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 Versicherers bezogen werden.	 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 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: 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: 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.	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 240 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 90% Erstattung = 900 EUR (restliche SB: 140 EUR) - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 90% Erstattung = 450 EUR (restliche SB: 90 EUR) - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 90% Erstattung = 720 EUR (restliche SB: 10 EUR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR ./ restlicher SB = 190 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 - 90% 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: 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 nur für den ambulanten Bereich.	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 über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).
- prozentualer Selbstbehalt?	 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 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.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	 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 und Jugendliche halbiert sich dieser Jahresselfbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.	 Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die hälftige Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	 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.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	 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*).	 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 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).	 Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen *Vorsorgeuntersuchungen gem. tariflichem Verzeichnis* und *Gesundheitskurse* nicht auf die Selbstbeteiligung 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).






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Ja.	✔ Schutzimpfungen fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Schutzimpfungen bezeichnet werden.	⚠ 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).	✔ Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen „Standard-/Indikationsimpfungen nach Empfehlungsliste der STIKO“ nicht auf die Selbstbeteiligung 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
Gebührenordnung ambulant					
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist 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.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ 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.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung).
















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✓ Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✓ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✓ 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.	✓ 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.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.
Heilpraktiker					
- Heilpraktiker	✓ 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.	✓ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Heilpraktikerleistungen einschl. Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Leistungen des Heilpraktikers einschl. der von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen werden zu 100% erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✓ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✗ 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.	✓ Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arzneimittel werden bis 2.000 EUR p. a. erstattet.	✓ Heilpraktikerleistungen werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.
- mind. bis zum Höchstsatz GebÜH erstattungsfähig?	✓ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstsätzen und nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.	✓ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind ohne Begrenzung auf die Höchstsätze des GebÜH erstattungsfähig.	✓ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.	✓ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.	✓ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	✓ Ja. Erstattet werden auch von Heilpraktikern durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland- Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.	✓ Behandlungskosten nach dem Hufeland- Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig.	✓ 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.).	✗ 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.	✗ 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.



Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	 Ja. Erstattet werden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschl. Arznei und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen - bis zu den Höchstätzen, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.	 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.	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.	 Der Versicherer erstattet auch Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis. Die Einschränkung der versicherten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Ziffer 2.15 AVB gilt insoweit nicht.	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.
Vorsorge					
- über gesetzl. Programme hinaus?	  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. 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. Weitere Untersuchungen sind nicht über die Gutscheine abrechenbar; sie werden - unter Anrechnung der SB - im tariflichen Umfang erstattet (und sind BRE-schädlich). 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.	 Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	  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 (prädiaktive Gen-Tests).	 Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig, auch über die gesetzlichen Programme hinaus. 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. * Screening auf Chlamydien ab Alter 16, alle anderen Gesundheits-Check-ups ab Alter 21	 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)






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 ainsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Schutzimpfungen?	✓ Erstattet werden Impfungen (einschl. Impfstoff), auch aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen inkl. Malaria prophylaxe.	✓ 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.	✓ Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus: <ul style="list-style-type: none"> - die Gripeschutzimpfung, - die Zeckenschutzimpfung (FSME), - die Malaria-Prophylaxe, - Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen. 	✓ Erstattet werden Kosten für Malaria-Prophylaxe sowie folgende Impfungen (einschl. des Impfstoffs): <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. Ausgenommen sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, für die der Arbeitgeber oder ein anderer Kostenträger leisten muss. * Kosten können über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht werden	✓ Ja. Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen einschl. der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschl. der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.
Heilmittel					
- Heilmittel-Definition	✓ 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. Teil II, Tarif GesundheitVARIO: Der Versicherer erstattet die Kosten für Heilmittel bis zu 130% der beihilfefähigen Höchstätze des Bundes. Hierzu gehören z. B. physikalische Therapien (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.	✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/ Rückbildungsgymnastik) 	✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: <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) 	✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung)) (- (Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für) Rehabilitationssport und Funktionstraining) einschl. Hausbesuche 	✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie, - medizinische Fußpflege* (Nagel- und Hornhautbehandlung) * 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
- 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.
- 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.
- 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.
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	Nein. Heilmittel werden bis zu 130% der beihilfefähigen Höchstätze des Bundes erstattet.	✓ 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.	✓ Ja.	Nein. Erstattet werden die in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Heilmittel, bis zu 130% der dort aufgeführten Höchstbeträge.	✓ 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.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	✓ Ja.	✓ 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.	✓ 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.
- Ergotherapie	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel					
Hilfsmittel	✓ 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. 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. Reparatur- und Wartungskosten eines versicherten Hilfsmittels werden im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen übernommen.	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen und Haarsersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte...	✓ Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten sowie Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke. Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.	✓ 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: - medizinisch-technische Mittel - Körperersatzstücke - Geräte, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln Erstattet werden auch die Kosten für einen Blindenführhund. versichert: Kauf oder Miete des Hilfsmittels, Anpassung, Reparatur und Wartung, Einweisung in den Gebrauch. 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.	✓ 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. Kosten für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung werden ebenfalls ersetzt; die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. nicht erstattungsfähig: Aufwendungen für den Betrieb (z. B. Strom, Batterien), die Pflege von Hilfsmitteln und Zusatzgarantieleistungen sowie für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet (Erstattungshöchstbeträge für Hörhilfen und Perücken beachten).	✓ 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. €").
- 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 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.
- 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.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
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.	✔ 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 weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✔ 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.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ 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.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ 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.
- Krankenfahrräder ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ 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 betragliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	✔ 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 betragliche Begrenzung vergütet.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzubehören 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.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und erforderlicher Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenführhund (Anschaffung und Ausbildung) 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.
- Körperersatzstücke?	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	✔ 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...).
- 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.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- 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.
- 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.
Sehhilfen					
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ 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.	✔ Brillen und Kontaktlinsen werden bis 600 EUR erstattet.	✔ 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. Es ist eine augenärztliche Verordnung oder die Sehschärfenbestimmung des Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrienwertes, einzureichen.	✔ 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?	✔ VARIOAmbulantPlus, GesundheitVARIO400: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.	✔ Ein erneuter Leistungsanspruch für Sehhilfen besteht frühestens 24 Monate nach dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges um mind. 0,5 Dioptrien.
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung					
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	✔ 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.	✔ 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	✔ 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	✔ Operationen zur Sehschärfen-Korrektur (etwa LASIK) werden zu 100% erstattet.	✔ 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 Sehstärke zumindest 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. ⚠ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen 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?	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.

































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Ambulante Transporte					
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Fahrten zur Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ 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.	✔ 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.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✔ 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: - ambulanten Operationen (am OP-Tag) - ambulanten 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.	⚠ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✔ 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.	✔ Übernommen werden bei Gehunfähigkeit 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. 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).	✔ 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.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	⚠ 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 Krankenwagens benötigt werden. Erstattungsfähig sind auch Fahrtkosten bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter (Geh- oder) Sehunfähigkeit und/oder bei schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntauglichkeit (s. vorherigen Leistungspunkt).	⚠ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	⚠ 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).	⚠ s. vorherigen Leistungspunkt	✔ 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.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Ambulante Notfalltransporte?	 Erstattet werden medizinisch notwendige Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Ja. Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Nothfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	 Übernommen werden bei Unfall oder Notfall 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 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.	 Bei Nothfällen sind Krankentransporte 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 nächstgelegenes im Sinne der Bedingungen.
Arznei-/Verbandmittel					
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	  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.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	  Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Erstattet werden auch Harntest- und Blutteststreifen (keine Schwangerschaftstests) und Verbandmittel. 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.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen.
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	 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 Kuhmilcheiweißallergie vorliegt oder diese zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis dienen.	 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	 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.	 Erstattet werden - diätetische Nährstoffe, wenn sie aus medizinischen Gründen benötigt werden, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden. - Nahrungsmittel, wenn sie aus medizinischen Gründen zur künstlichen Ernährung mittels Trink- oder Sondennahrung (enterale Ernährung) oder über einen Venenzugang (parenterale Ernährung) benötigt werden.	 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?	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren (und ambulanten Operationszentren) ist erstattungsfähig.	 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 ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	 Ja, Krankenhaus- und Notfallambulanzen können in Anspruch genommen werden.	 Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	 Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 ainsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	<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>✓ 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. Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte (medizinische Behandlungspflege). Intensiv-Behandlungspflege (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle erfordert) wird auch in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) erstatet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen. Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstatet, 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>✓ 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 zur individuellen 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>✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche verordnete</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, 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 erstatet, 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>
- Palliativversorgung?	<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>✓ 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>✓ 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 wird erstatet, 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 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>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Kurleistung ambulant					
- Kuren ambulant?	✓ 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.	✓ 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.	✓ 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.	✓ Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 3.000 EUR erstattet. * ärztliche Leistungen, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe	✓ 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. * ärztliche medizinische/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel
- 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.	✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Ambulant					
Sonstiges	<p>✓ VARIOAmbulantPlus: weitere Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Soweit im GesundheitVARIO ein Selbstbehalt abgezogen wird, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Kosten und ist nicht erstattungsfähig.</p> <p>GesundheitVARIO400: weitere Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sozialpädiatrische Behandlungen (Frühförderung) in Einrichtungen mit GKV- o. PKV-Vertrag (bis zu den mit GKV/PKV-Verband vereinbarten Beträgen) - verordnete Psychotherapie (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 - Wochenbettymnastik, Schwangerschafts- u. Rückbildungsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurs (auch für den Partner). <p>Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Psychotherapie - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung. <p>Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ Versichert sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frühförderung als Heilbehandlung wegen Krankheit, sofern Sozialhilfeträger nicht leistet - Psychotherapie - max. 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren - Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren Bei Fachkräften für Psychotherapie werden nur die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden - Präventionskurse (Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung, Nichtraucherseminare (Teilnahme von mind. jeweils 80% muss nachgewiesen werden), präventives Rückentraining, Herz-Kreislauf-Training, Rheumaliga/-sport, autogenes Training, progressive Muskelentspannung) – bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren Keine Erstattung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen oder Fitnesszentren - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprache- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - medizinische Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke, bis max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. <p>Die genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ Innovationsgarantie: Versicherungsschutz passt sich automatisch an Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden, an.</p> <p>zusätzliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Psychotherapie (120 Stunden je laufende Behandlung) - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprache- 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 <p>Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ weitere tarifliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 zertifizierte Präventionskurse, bis insgesamt 200 EUR p. a. (mind. 80%ige Teilnahme muss nachgewiesen werden) - verordnete Psychotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall (Vorlage Betreuungsplan + schriftliche Leistungszusage 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 Stationär

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Stationär					
- 1-Bettzimmer?	✓ 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 sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer (oder auch Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✓ 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 sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer (oder auch 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).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓ VARIOKlinikPlus: Ja. Privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. GesundheitVARIO400: Nein. Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✓ Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche 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?	✓ 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.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ 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.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ VARIOKlinikPlus: Gesondert berechenbare wahlärztliche 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.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung).






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	 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.	 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.	 Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.
Privatkliniken					
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	 In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, 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	 Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).	 Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Krankenhausleistungen in Kliniken, die nicht dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) unterliegen.	 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 zu dem Wohnsitz der versicherten Person liegt. Der Höchstbetrag gilt nicht bei Notfallbehandlung. Hinweis: 150% über KHEntgG/BPFIV einschl. 1-/2-Bettzimmer	 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?	 VARIOKlinikPlus: Alle versicherten Wahlleistungen werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu 100%. GesundheitVARIO400: Es sind keine Wahlleistungen versichert.	 Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	 Erstattet werden die Kosten für - die separat berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer (Wahlleistung) - separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (Wahlleistungen einschl. Belegärzte).	 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.	 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

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Stationär					
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	<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 Krankenwagens 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 Fahruntauglichkeit besteht. Die Begrenzung entfällt in folgenden Fällen: Fahrten zur stationären Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie, bei ambulanten stationersetzenden Eingriffen im Krankenhaus (am OP-Tag), bei stationären Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.</p>	<p>✓ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</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 Fahruntauglichkeit, 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>✓ 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>✓ Erstattungsfähig sind Krankenfahrten und -transporte bis 100 km Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.</p>
- Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	<p>✓ VARIOKlinikPlus: Bei Verzicht auf die Wahlleistung - "Unterbringung im 1-Bettzimmer" werden 20 EUR - "Unterbringung im 1- und 2-Bettzimmer" 50 EUR - "wählärztliche Leistungen" 50 EUR gezahlt.</p> <p>GesundheitVARIO400: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.</p>	<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>✓ 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 stationersetzenden Operationen erfolgt keine Zahlung.</p>	<p>✓ Zahlung eines Krankhaustagegeldes bei Verzicht auf 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> <p>Keine Zahlung nach a) und b) bei - 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>	<p>✓ Für Erwachsene* wird ein Ersatz-Krankhaustagegeld von 50 EUR gezahlt bei - Unterbringung im 3- oder Mehrbettzimmer. - Verzicht auf privatärztliche Behandlung.</p> <p>* Kinder und Jugendliche, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten die hälftigen Sätze.</p>
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	<p>✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.</p>	<p>✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>	<p>✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>	<p>✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.</p>	<p>✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	<p>✓ 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.</p>	<p>✓ 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</p>	<p>✓ Der Versicherer erstattet die Kosten für medizinisch notwendige akut-stationäre Heilbehandlung in gemischten stationären Einrichtungen.</p>	<p>✓ Bei Behandlungen in gemischten Krankenanstalten ist keine Zusage erforderlich.</p>	<p>✓ Die tariflichen Leistungen werden auch ohne vorherige schriftliche Zusage gewährt, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt, - 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.</p>
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	<p>✓ VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	<p>✓ 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.</p>	<p>✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.</p>	<p>✓ 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.</p>	<p>✓ 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</p>	<p>✓ Ja. Ärztlich verordnete stationäre Hospizaufenthalte sind erstattungsfähig; Leistungen anderer Kostenträger (z. B. aus der Pflegeversicherung) werden angerechnet.</p>
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	<p>✓ 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).</p>	<p>✓ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.</p>	<p>✓ 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.</p>	<p>✓ 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.</p>	<p>✓ 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.</p>












Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Kuren stationär?	<p>✔ 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.</p>	<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>✔ 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.</p>	<p>✔ Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 3.000 EUR erstattet.</p> <p>* ärztliche Leistungen, Unterkunft und Verpflegung in der Kurklinik, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe</p>	<p>✔ 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.</p> <p>* allgemeine Krankenhausleistungen, ärztliche/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel</p>
Sonstiges	<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: - 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. Spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung endet die Leistung aus diesem Tarif.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung, sofern sie - 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> <p>Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.</p>	<p>✔ Versichert sind auch: - ambulante stationärsetzende Operationen bei Vorlage eines Kostenvoranschlages 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> <p>Die genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</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>✔ Weitere tarifliche Leistungen: - 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 - Wunschverlegung: 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). 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

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Zahn					
Zahnbehandlung (%)?	Zahnbehandlung (einschl. Zahnvorsorge (Abschnitt B der GOZ + GOZ-Ziffern 0010, 2000, 4050, 4055, 4060)) ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind 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 (einschl. zahnprophylaktischer Leistungen) ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	Zahnersatz ist zu 70% erstattungsfähig.  Hinweis: Der Versicherer erstattet Kosten für Zahnersatz zu 90%, abzüglich der nach Tarif GesundheitVARIO erstatteten Versicherungsleistungen.	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	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.
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 90% 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.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen 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.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 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	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.

































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Gebührenordnung Zahn					
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓ 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 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 GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) und GOÄ vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✓ 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 vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ und GOÄ vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden (bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung).
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✓ Ja. Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	✓ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✓ 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.	✓ Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten, ohne die Begrenzung auf deutsche Gebührensätze; die Summenbegrenzung/Zahnstafel gilt jedoch auch bei Auslandsbehandlungen.	✓ 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?	✓ 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.	✓ 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.	✓ 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.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	 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).	 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.	 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.	 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	 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?	 Diese Begrenzung gilt nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.	 Beide Summenbegrenzungen (individuelle und bedingungsgemäße) entfallen für Kosten, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	 Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	 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 Summenbegrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	 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.	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.	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 bei Zahnersatz, Inlays, Implantaten und Kieferorthopädie empfohlen.	 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.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	 Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	 Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	 Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. *Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen) und *funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)* zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	 Inlays* (Einlagefüllungen) werden wie Zahnbehandlung erstattet. * etwa aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramik-Material (auch auf Goldgerüst) und Glas-Keramik	 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 Sehuntüchtigkeit - schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahrtauglichkeit besteht.		 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 - 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, Analga-Sedierung (Dämmerschlaf), 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	











Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag					
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✓ VARIOKlinikPlus, VARIOZahnPlus, GesundheitVARIO400, KTAN43: Markteinführung: 01.2020 VARIOAmbulantPlus: Markteinführung: 02.2020	✓ einsA expert plus 1, T42 plus: Markteinführung: 01.2013	✓ AM11, S1, Z9: Markteinführung: 03.2017 TA 6: Markteinführung: 01.2013 PPN: Markteinführung: 1995	✓ GSZ100, GSB90, GSWO: Markteinführung: 05.2024 KTA7W: Markteinführung: 01.2013	✓ FlexiPro: Markteinführung: 07.2011 MB300: Markteinführung: 10.2019
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✓ VARIOKlinikPlus, VARIOAmbulantPlus, VARIOZahnPlus, GesundheitVARIO400, KTAN43: Tarif ist aktuell.		✓ AM11, S1, Z9: Tarif ist aktuell.	✓ GSZ100, GSB90, GSWO: Tarif ist aktuell.	✓ Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	Kein Vorgängertarif bekannt.		✓ 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.	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	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 bei ambulanten Operationen).	✓ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für (ambulante und stationäre) Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre 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.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	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 "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen (...) andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (...), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?".	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden 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: "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?	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	✓ 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	Keine Leistung vorhanden.	✓ Fehlende Zähne sind mitversichert (20% Risikozuschlag je fehlenden Zahn).	✓ - 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

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) 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 auch alleine versicherbar.	 Kinder sind auch alleine versicherbar, sofern mind. ein Elternteil in einer PKV vollversichert ist.	 Kinder sind ab dem 2. Lebensjahr alleine versicherbar. Zur Annahmepflichtung ist der U7-Untersuchungsbericht erforderlich.	 Die Leistung ist vorhanden. 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					
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.	AM11, Z9: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	GSZ100, GSB90: Bei Leistungsfreiheit wird eine BRE von 10% des jährlichen Tarifbeitrages gezahlt.	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?					 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?					 hälftige PE
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	s. nächsten Leistungseintrag	Die BRE beträgt: 1 MB für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 MB für 2 leistungsfreie Jahre 2 MB für 3 leistungsfreie Jahre 2,5 MB für 4 leistungsfreie Jahre 3 MB für 5 und mehr leistungsfreie Jahre	AM11: 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.	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)	Die BRE beträgt 2,5 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?		gleiche BRE wie Erwachsene	AM11, Z9: 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).	gleiche BRE wie Erwachsene
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	 Ab dem 1. leistungsfreien Jahr wird eine BRE von 1.000 EUR gezahlt.			Keine Leistung vorhanden.	
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	 bis Alter 19: 350 EUR				








Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 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. 	 Ja. Vorsorgeuntersuchungen und zahnprophylaktische Leistungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherten in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen handelt.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: AM11:  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).	 GSZ100:  Bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm" sind die in dem den Bedingungen angehängten 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 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 Pauschalerstattungen angerechnet werden, sind BRE-unschädlich.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Ja. BRE-unschädlich sind Schutzimpfungen einschl. Impfstoff; hierzu zählen auch Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen inkl. Malariaprophylaxe.	 Ja. Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherten in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.	 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.	 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“	 Leistungen für Schutzimpfungen beeinträchtigen nicht die PE. Schutzimpfungen, die nicht gem. Tarifbeschreibung auf Selbstbehalte und/oder Pauschalerstattungen angerechnet werden, sind BRE-unschädlich.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	Nein.	 Ja. Die Entbindungspauschale ist BRE-unschädlich, sofern für den Versicherten in der Rechnung erkennbar ist, dass es sich um eine Hausenbindung handelt.	AM11, Z9: Nein.	GSZ100, GSB90: Nein.	 Ja. Die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs beeinträchtigt nicht die PE.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	 Ja.	 Ja.	 AM11, Z9: Ja.	 GSZ100, GSB90: Ja.	 Ja.
- Werden leistungsfreie Jahre beim Versicherten angerechnet?	Nein.	Nein.  Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.	AM11, Z9: 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	Nein.
















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Ausland					
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	 Während der ersten 12 Monate eines Aufenthalt 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.	 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.	 AM11, S1, Z9: Es besteht - zeitlich unbegrenzter - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.	 Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts (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 Aufenthalts.	 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"
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	 Bei Auslandsaufenthalten werden 100% der Kosten erstattet für: - 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.	 Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.	 AM11: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig. S1: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall: - bei einem versicherten Elternteil: inkl. der entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - bei versicherten minderjährigen Kindern: inkl. der Kosten einer notwendigen Begleitperson Der Versicherer organisiert den Transport. Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert. Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung).	 Medizinisch notwendige Rücktransporte - auch mit Begleitperson und minderjährigen Kindern - sind erstattungsfähig; soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Transportmittel zu nehmen. Überführungskosten werden ebenfalls zu 100% ersetzt; Bestattungskosten im Ausland bis zu dem Betrag, den eine Überführung gekostet hätte.	 Medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Rücktransporte sind erstattungsfähig; es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Erstattet werden auch Kosten für die Überführung nach Deutschland oder für die Bestattung am Sterbeort im Ausland - bis zu 10.000 EUR.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	 Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/des EWR wird der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	 AM11, 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. AM11, 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 Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.	 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.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	 Ja. Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/des EWR wird der Vertrag fortgeführt. Die Erstattung für Versicherungsleistungen erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	 AM11, 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. AM11, 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 Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.	 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 krankenversicherungspflichtig, 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

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✓ 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.	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.	✓ AM11: 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.	✓ 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.	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 (Hinzusicherung der Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO) enthalten.	✓ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✓ AM11, 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).	✓ GSB90: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung. GSWO: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✓ FlexiPro: Optionsrecht auf Umstellung in andere Tarife der Krankheitskostenvollversicherung mit höherwertigem Leistungsversprechen enthalten. MB300: 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).
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	✓ Recht auf Anpassung nach dem 3. und 6. Kalenderjahr nach Übertritt aus der GKV oder PKV eines anderen Unternehmens in die Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers. ⚠ Hinweis: auch anlassbezogenes Optionsrecht vorhanden (keine bestimmte Anzahl), keine festen Zeitpunkte), s. nächsten Leistungspunkt	✓ Optionsrecht auf Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen* nach 3, 5 oder 7 Versicherungsjahren (Vj.). * sofern nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht wurde * Beantragung vor Ablauf des 3., 5. oder 7. Vj. zum 1. des darauf folgenden Monats * ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle Darüber hinaus besteht das Recht, nach Reduzierung des Versicherungsschutzes durch Umstellung innerhalb des bestehenden Tarifs 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. (Rückumstellung nach Ablauf von 2 Vj., max. 2x, Beantragung vor Ablauf des 2. Vj. zum 01. des darauf folgenden Monats)	✓ AM11, 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. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM11, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.	✓ Optionsrecht auf Höherversicherung / Umstellung in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz (höhere oder umfassendere Leistungen) vorhanden: - bis zu 3x während gesamter Vertragslaufzeit (eine gleichzeitige Umstellung mehrerer Tarife der Tarifierie MeinGesundheitsschutz gilt als einmalige Ausübung) - jeweils zum 01.01. des folgenden Kalenderjahres (Umstellungserklärung muss spätestens am 30.09. des laufenden Kalenderjahres dem Versicherer vorliegen) - erstmals zum 01.01. des 4. Kalenderjahres - bisherige, ununterbrochene Versicherungszeit wird auf Wartezeiten angerechnet - ab Beginn der Höherversicherung sind auch Behandlungen, die bereits zuvor begonnen haben, eingeschlossen	✓ 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. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht kann zum 1. Januar eines Jahres ausgeübt werden; die Umstellung muss vor dem Umstellungstermin in Textform beim Versicherer beantragt werden. Die Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro (bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird).


Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	<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>✔ Es ist zusätzlich ein anlassbezogenes Optionsrecht auf Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen enthalten, 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) * gerechnet vom VB des zuerst abgeschlossenen Tarifs der Tariflinie einsA an <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>✔ AM11, 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 Aufenthalt 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 selbständiger 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.</p> <p>Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam.</p> <p>Hinweis: AM11, 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.</p> <p>Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.</p>	<p>✘ Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.</p>	<p>✘ FlexiPro, MB300: Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.</p>
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	<p>✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>	<p>✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>	<p>✔ AM11, S1, Z9: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>	<p>✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>	<p>✔ FlexiPro, MB300: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.</p>






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	Nein. Es können nur die zum Zeitpunkt des Anlasses mit den Tarifen GesundheitVARIO kombinierbaren Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO abgeschlossen werden.	✔ 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.	✔ AM11: 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.	✔ Ja. Es kann in jede Krankheitskostenvollversicherung mit Ausnahme von Ärzte- und Beihilfetarifen umgestellt werden, die bei Ausübung der Option für den Neuzugang geöffnet ist (Zieltarif).	✔ FlexiPro: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. (zum Ausübungszeitpunkt muss lediglich Versicherungsfähigkeit für die Zieltarife bestehen) MB300: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.
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 (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.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ AM11, 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.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ FlexiPro: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person. MB300: 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 auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✘ Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.	✔ AM11, S1, Z9: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✔ Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat. - Tarif muss gleichzeitig mit Grundabsicherung* neu abgeschlossen werden; wird die Grundabsicherung* über einen Tarifwechsel nach § 204 VVG oder über eine Anwartschaft dafür abgeschlossen, gilt dies nicht als Neuabschluss - nach Tarifbeginn muss beim Versicherer immer eine Krankheitskostenvollversicherung bestanden haben - Optionsrecht kann nur ausgeübt werden, wenn Grundabsicherung* besteht * Krankheitskostenversicherung mit Erstattung für ambulante/stationäre Behandlung der Tarifserie MeinGesundheitsschutz mit betragsmäßig festgelegter SB bis zu 1.500 EUR p. a	✔ Nein. Vor Abschluss von Tarif MedBest darf für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer bestanden haben. Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.




































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Optionsrecht - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ AM11, S1, Z9: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Hinweis: AM11, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ Der Tarif endet nach 3-maliger Umstellung, spätestens jedoch zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden. Hinweis: FlexiPro: Die Versicherung endet spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird (bzw. mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro).
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))					
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	✔ VARIOKlinikPlus: Der Versicherer erstattet Wahlleistungen bei Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitationsmaßnahme. 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). 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. Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, wie z. B. Klima-Kuren oder Mutter-Kind-Kuren. Ist ein anderer Kostenträger vorleistungspflichtig, erstattet der Versicherer die beim Versicherten verbleibenden Restkosten, wie z. B. die gesetzliche Eigenbeteiligung.	✔ Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR.	✔ AM11: 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. Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation. 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. Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation. AM11, S1: Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.	✔ 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. Bei stationärer Reha werden auch noch die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen vergütet. 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). Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht der Erstattung des Versicherers vor.	✔ 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 - ambulant: 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. 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).






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	 VARIOKlinikPlus: Ja. GesundheitVARIO400: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	AM11: 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.	 AM11: 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?	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM11: 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?	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	 AM11, 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).	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM11: 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?	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM11: 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?	 VARIOKlinikPlus, GesundheitVARIO400: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	 AM11, 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





	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag					
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	<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>✓ 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>✓ AM11: 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>⚠ 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 § 111 SGB 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 § 111 SGB V</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






	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<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 / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI). Ein Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet.</p> <p>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> Versichert sind Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intrazytoplasmatische 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 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 Vertragslaufzeit bis zu 8 Inseminationen sowie 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intrazytoplasmatischen 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> Bei einer Kinderwunschbehandlung (insbesondere folgende Verfahren: Insemination, In-Vitro-Fertilisation, In-Vitro-Fertilisation mit intrazytoplasmatischer 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> 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 bei Ehepartnern 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 intrazytoplasmatischen 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> <p>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).</p>

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<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 Ruheversicherung 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>✔ 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>	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	<p>✔ ⚠ GSZ100, GSB90, GSWO: 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, GSWO: Beitragsbefreiung bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) - Versicherung von Kindern 	<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 Beitragsteil 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

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	<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>✔ 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>✔ 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>✔ 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>✔ 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>
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuausschluss?	<p>✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>	<p>✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>	<p>✔ Wartezeiten bestehen nicht.</p>	<p>✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.</p>	<p>✔ 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.</p>






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ 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, 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, 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, sind Geburtsschäden und angeborene Krankheiten auch abgesichert.	✔ 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 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 ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ 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. Wird die versicherte Person im Ausland durch Kriegereignisse 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.	✔ Ja, terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des Absatz 1. a).	✔ Ja. Leistungspflicht besteht für Folgen von Kriegereignissen außerhalb Deutschlands, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert. Für durch Kriegereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte Krankheiten sowie deren Folgen und Folgen von Unfällen und Todesfälle wird nicht geleistet.	✔ Es besteht nur ein Leistungsausschluss für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird (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.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ 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 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ 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 Kalenderjahre. Hinweis: GSB90: Die Kündigung der Zusatzabsicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich. GSWO: Kündigung zu jedem Jahresende - mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist - möglich.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Sonstiges	<p>✔ 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>✔ 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 Aufenthalt, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)</p>	<p>✔ Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: www.sdk.de.</p>	<p>✔ Wenn für Behandlung auch bei einer anderen PKV Ansprüche bestehen, muss die Allianz so schnell wie möglich informiert werden.</p>	<p>✔ Möglichkeit eines flexiblen Wechsels zwischen den einzelnen Leistungsstufen M80 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.</p>






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Krankentagegeld					
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Netto Gehalt versicherbar?	<p>✔ 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.</p>	<p>⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist 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.</p>	<p>✔ Das Krankentagegeld kann max. bis zum Nettoeinkommen zzgl. der Versicherungsbeiträge für die gesetzliche Rentenversicherung sowie der privaten Krankenversicherung (inkl. Pflegepflichtversicherung) versichert werden.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>✔ Ja. Das Krankentagegeld kann bis zur Höhe des durchschnittlichen Nettoeinkommens* der letzten 12 Monate vor Antragstellung (bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit) zzgl. der Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. zu gleichzusetzenden berufsständischen Versorgungswerken versichert werden.</p> <p>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).</p> <p>* = 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</p>
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten (bei Verkürzung der Karenzzeit)?	<p>⚠ Bei Wechsel in die Selbstständigkeit ist für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif.</p>	<p>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.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.</p>	<p>⚠ 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).</p>







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	<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>✔ Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.</p> <p>Wird die versicherte Person arbeitslos und hat grundsätzlich Anspruch auf gesetzliche Leistungen, endet das Versicherungsverhältnis nicht, es erfolgt jedoch eine Herabstufung des Tagessatzes (für gekürzten Satz kann eine Anwartschaft vereinbart werden). Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.</p>	<p>⚠ Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.</p> <p>Hinweis: ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit (im Sinne des Arbeitsförderungsgesetzes): 3-Monats-Frist verlängert sich auf 6 Monate</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>✔ Bei Eintritt einer Arbeitslosigkeit (AL) entfällt die Versicherungsfähigkeit durch Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. durch Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit nicht, (sofern) und solange - 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> <p>Es gelten dann folgende Regelungen (sofern die versicherte Person weiterhin von der Versicherungspflicht befreit ist):</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 von 2 Monaten nach Wegfall der beruflichen Voraussetzungen).</p>
Ist das Tagegeld bei Selbstständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	<p>⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. 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 (Betriebsseinnahmen 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.</p>	<p>✔ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht. Zusätzlich zum "Nettoeinkommen" kann auch der Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (SDK) versichert werden.</p>	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	<p>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).</p> <p>* erzielter Gewinn (Überschuss der Betriebseinnahmen 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.</p>






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer.	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).
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht 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.	✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Das Versicherungsverhältnis endet 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.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber 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.
Endet der KT-Anspruch nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✔ 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).
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	✔ Verdienst-Sicherungs-Programm (VerSiPro) bei gleichzeitigem Abschluss einer BU-Versicherung bei der Barmenia Lebensversicherung a.G. Die Barmenia leistet bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder bei dauerhafter Berufsunfähigkeit. Die Barmenia prüft die Ansprüche "aus einer Hand". Keine zeitliche Verzögerung beim Übergang des Krankentagegeldes auf die Berufsunfähigkeitsrente.	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	✔ 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. Hinweis: Wird zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt, gilt die Garantiezusage nur, wenn keine zumutbare Umorganisation erfolgen kann.	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.














Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzlichen Trägers?	✓ 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.	✓ 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.	✓ Abweichend von § 5 (1) g) MB/KT 94 wird während einer Kur oder Sanatoriumsbehandlung sowie während einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers Krankentagegeld gezahlt, wenn – die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme durch ein ausführliches 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.	⚠ 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. Hinweis: Leistungen nur bei Reha-Maßnahmen!	✓ 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.
Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuss verzichtet?	✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Das Krankentagegeld wird auch bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der insgesamt ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen (auch wg. nicht stoffgebundener Suchterkrankungen) gezahlt - zu 80%, wenn Erfolgsaussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	✓ 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.	✓ Leistungen werden bei den ersten drei Entziehungsmassnahmen erbracht.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✓ Leistungen für Entziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.	✓ Ja. Das Krankentagegeld wird auch - nach vorheriger schriftlicher Zusage - während medizinisch notwendiger stationärer Entziehungsmaßnahmen einschli. 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).
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✓ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✓ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt"	✓ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz	✓ 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.	✓ Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelte, - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus 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

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?	 Ja. Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes bei Erkrankung eines – höchstens 11 Jahre alten - Kindes: <ul style="list-style-type: none"> - 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, betreuen 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!	Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.			 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 betreuen oder zu pflegen: <ul style="list-style-type: none"> - keine andere in Haushalt der VP lebende Person kann das Kind beaufsichtigen, betreuen 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 atherapiert 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!
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	 außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Keine Einschränkung der Leistungspflicht. 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. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen.	 Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	 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.	 außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Krankentagegeld wird in tariflichem Umfang gezahlt. während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.	 außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Es besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft (gilt nicht bei Fluguntauglichkeit) sowie bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation und bei Fehlgeburt. 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. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt 8 Monate ab Versicherungsbeginn.
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?	Keine Leistung.		 Entbindungspauschale in Höhe des zwölffachen Krankentagegeldes.		Nein, es wird keine Entbindungspauschale gezahlt.














Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?	<p>✔ Versicherungsschutz wie in Deutschland besteht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland - bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts 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>✔ 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>	Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	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 Privatklinik* geleistet (fürs außereuropäische Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden).
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/eine Rückreise mgl.)	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung der Leistungspflicht vor.</p>	<p>✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.</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>✔ 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>✔ 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).
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet?	<p>✔ Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit erfolgt eine Anrechnung vorangegangener, nachgewiesener Arbeitsunfähigkeitszeiten auf die Karenzzeit, wenn - 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>	<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>✔ Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeiten zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt dies sinngemäß.</p>	<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 wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgeltes berechnen darf, werden auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.</p>






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/ Wiedereingliederungsversuch?	 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.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	 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).	 Arbeitnehmer haben bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit während einer stufenweisen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit (Wiedereingliederungsmaßnahme) einen Anspruch auf Krankentagegeld, sofern <ul style="list-style-type: none"> - sie nach ärztlicher Feststellung durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer berufliche 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) Ein Anspruch besteht höchstens für eine Dauer von 12 Wochen. Änderungen des eingereichten Wiedereingliederungsplans, der Abbruch der Wiedereingliederungsmaßnahme sowie Änderungen der bescheinigten (Teil-)Arbeitsentgeltleistungen sind dem Versicherer unverzüglich in Textform mitzuteilen. Hinweis: Der Leistungsanspruch gilt nur für Arbeitnehmer.
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	 Erhöht sich das Nettoeinkommen, so kann der Versicherungsnehmer sein Tagegeld im gleichen Verhältnis, aufgerundet auf volle 5 EUR, erhöhen. 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. Für zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen. 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. Für zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen. Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	 Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangen zwei Jahre ausgeglichen werden. Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.	 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.	 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.	 Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmerstätigkeit, 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. 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). 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.






Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
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.
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht					
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht bei GKV-Versicherten?	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei einer anderen PKV besteht?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	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?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Krankentagegeld					
Ist ein Abschluss möglich, wenn die PKV bei einem anderen Versicherer besteht?	⚠ 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.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen 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: 300 EUR (ab 200 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	✔ max. Tagessatz: 400 EUR GKV-Pflichtversicherte: 35 EUR	✔ max. Tagessatz: 250 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	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	✔ max. Tagessatz: 250 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)	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	Uns wurden bis jetzt keine Infos übermittelt.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 85 EUR
Max. versicherbarer Tagessatz - Freiberufler	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 400 EUR	✔ max. Tagessatz: 250 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



	 GVARIO 400 - VARIOAmbulant+ VARIOKlinik+ VARIOZahn+ PVN KT-AN 43	 einsA expert+ 1 PVN T42+	 AM11 S1 Z9 PPN TA 6	 GSB90 GSZ100 GSWO PVN KTA7W	 MedBest 300 FlexiPro PVN KTV42
Monatsbeitrag:	761,11 €	1.012,57 €	871,08 €	898,05 €	688,40 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	96 %	95 %	95 %	93 %	91 %
Max. versicherbarer Tagessatz - - Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	✓ max. Tagessatz: 600 EUR (ab 200 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	s. TM42+	✓ max. Tagessatz: 250 EUR	s. KTM07W	✓ 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)	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	s. TM42+	✓ max. Tagessatz: 250 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 Versicherungsjahr. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✓ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✓ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr beginnt am 01.07. und endet am 30.06. eines Jahres.	✓ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. 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?	✓ 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.	✓ 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.	✓ Bei Entbindungen wird nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des zwölffachen Krankentagegeldes gezahlt, höchstens jedoch das 60fache des Monatsbeitrages.	✓ 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.	✓ - 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

Analyse Krankenversicherung

Gewünschter Leistungsumfang

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

Erläuterung zur Darstellung:

-  Kriterium gewünscht
-  Kriterium nicht gewünscht

Ambulante Leistungen

Selbstbeteiligung (SB)			
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	500,00 €	- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.	
		- SB nur ambulant (bzw. keine SB)	
		- SB prozentual (bzw. keine SB)	
		- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)	
		- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf SB angerechnet	
		- Schutzimpfungen werden nicht auf SB angerechnet	
Haus-/Primärarztprinzip			
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?	
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung	
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte		- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €	
		- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%	
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		- xx % Erstattung	
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.	2.000,00 €	- alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte	
- mind. bis Höchstsatz GebÜH			
- erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus)			
Vorsorge			
- über gesetzliche Programme			
- Schutzimpfungen			
Heilmittel			
- max. Selbstbehalt p.a. €	0,00 €	Definition Heilmittelkatalog	
- keine pauschalen Beschränkungen		- Erstattung in %	
- Logopädie durch Logopäden		- Kein tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis/keine Anlehnung an Beihilfe	
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		- Auch keine sonstige Begrenzung (z. B. auf (orts-) übliche/angemessene Preise o. GOÄ)	
Hilfsmittel			
- max. Selbstbehalt p.a. €	0,00 €	Definition Hilfsmittelkatalog	

Gewünschter Leistungsumfang

- offener Hilfsmittelkatalog		- Erstattung in %	
- 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			
- Orthopädische Schuhe			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät			
- Blindenlese-/Vorlesegerät			
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung			
- Prothesen			
- Kunstaugen			
- Orthesen			
Sehhilfen			
- Erstattung xx €	300,00 €		
- Anspruch mind. alle ... Monate	true		
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	100		
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte			
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage			
Ambulante Transporte			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung			
- bei Gehunfähigkeit			
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)			
- ambulante Notfalltransporte			
Arznei-/Verbandmittel			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
sonstiges			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Kurleistung ambulant			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Ambulant			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

Analyse Krankenversicherung

Gewünschter Leistungsumfang

Stationäre Leistungen

Stationär			
1-Bettzimmer		2-Bettzimmer	
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			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Stationär			
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		Ersatzkrankenhaustagegeld	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)	
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		sonstiges	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt			
Hospizkosten			
Kurleistung stationär			

Zahn Leistungen

Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %		
Zahnersatz %	80 %		
Kieferorthopädie %	80 %		
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)	9.999		
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)			
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung			
Zahn			
Summenbegrenzung max. ... Jahre	3	Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/angemessene Erstattung	
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall		Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage	
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen		Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung	
		- sonstiges	

Sonstige Leistungen

Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

Gewünschter Leistungsumfang

Antragsfragen/Annahmerichtlinien			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Ausland			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	6	- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland	
- Rücktransport aus dem Ausland			
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt			
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt			
Optionsrecht auf Höherversicherung			
Optionsrecht auf Höherversicherung		- keine Beschränkung der Zieltarife	
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	2		
- anlassbezogenes Optionsrecht			
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen			
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen			
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung			
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...	50		
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))			
- ambulante Anschlussreha		- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)	
- stationäre Anschlussreha		- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen		- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen	
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen			
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen			
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

Krankentagegeld Leistungen

Krankentagegeld			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Krankentagegeld			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
max. versicherbarer Tagessatz insgesamt (auch in Kombination verschiedener KZ)			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Krankentagegeld			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			