

# Analyse Krankenversicherung

## Angaben zur Person






Vorname:  
Nachname:  
Geburtsdatum: 01.08.1989  
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
	uni-Top   Privat PVN uni-KT 43	722,97 €
	GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W	765,83 €
	AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6	799,44 €
	MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42	608,13 €
	First Class Pro+ PVN KTA43	750,85 €
	Business Class Pro PVN KTA43	696,79 €

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><b>uni-Top Privat</b> <b>540,12 €</b></p> <p>Kompakttarif uni-Top Privat (uni-TP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztliche Leistungen: 100%</li> <li>- Heilpraktiker: 100%, bis 2.000 EUR p. a.</li> <li>- Psychotherapie: 100% bis zur 20. Sitzung eines Kalenderjahres (Kj.), ab der 21. Sitzung eines Kj. 90%</li> <li>- Regel- und Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt/Belegarzt): 100%</li> <li>- Zahnbehandlung (inkl. Inlays): 100%</li> <li>- Zahnersatz und Kieferorthopädie: 90%</li> </ul> <p>- garantierte BRE von 600 EUR p. a. (Kinder/Jugendliche: hälftig)</p> <p>300 EUR Selbstbehalt/SB p.a. auf den gesamten Tarif (Kinder/Jugendliche: hälftig)</p> <p>Booklet KVB-800_05.24</p> <p>Beitragsstand: 01.05.2024</p>	<p><b>GSP90</b> <b>459,87 €</b></p> <p>Kompakttarif für ambulante und stationäre Leistungen MeinGesundheitsschutz Plus 70 plus Zusatzabsicherung nach Tarif Upgrade auf Plus 90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztliche Leistungen, Psychotherapie: 100%</li> <li>- Heilpraktiker: 100%, max. 1.000 EUR p. a.</li> <li>- Generika: 100% (je Originalpräparat 10 EUR Eigenbeteiligung, max. 1.000 EUR p. a.)</li> <li>- Regel- und Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt/Belegarzt): 100%</li> </ul> <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_B5U220000 (01) 05.24 Sonderbedingungen "Upgrade auf" _B5U252000 (01) 05.24</p> <p>Beitragsstand: 01.05.2024</p>	<p><b>AM30</b> <b>293,12 €</b></p> <p>Ambulanter Tarif mit 30% Selbstbeteiligung, max. 480 EUR p.a. (hälftige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird)</p> <p>AVB, Teil IIa_Stand: 01.01.2022_1.567a/01.22</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2024</p>	<p><b>FlexiPro</b> <b>5,00 €</b></p> <p>Optionstarif für GKV-Versicherte und bei der ARAG Vollversicherte</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2011</p>	<p><b>First Class Pro+</b> <b>574,95 €</b></p> <p>Kompakttarif</p> <p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% Erstattung für ambulante Behandlung</li> <li>- Psychotherapie: bis 50 Stunden 100%, danach 80%</li> <li>- Heilpraktiker (inkl. Osteopathie und Chiropraktik durch nicht-ärztliche Behandelnde): 2.000 EUR p. a.</li> <li>- besondere Leistungen für Kinder/Jugendliche: u. a. Pauschale bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, KHT bei schweren Erkrankungen</li> </ul> <p>Erwachsene: elektronische Geräte/Dienstlsg., Anti-Stress-Training, weitere Vorsorgeuntersuchungen (bis insgesamt 360 EUR alle 36 Monate)</p> <p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% Regel- u. Wahlleistungen (privat-/wahl-/belegärztliche Leistungen + 1-/2-Bettzimmer)</li> </ul> <p>Zahn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% Zahnbehandlung</li> <li>- 90% Zahnersatz und Kieferorthopädie (Erhöhung auf jeweils 100% möglich)</li> </ul> <p>AVB/KK_on-avbkkv-0007_Ausgabe 12 / 2021, Tarif ottonova First Class Pro+_on-tbfcpro-0001_Ausgabe 02/2024</p> <p>Beitragsstand: 01.04.2024</p>	<p><b>Business Class Pro</b> <b>525,81 €</b></p> <p>Kompakttarif</p> <p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% Erstattung für ambulante Behandlung</li> <li>- Psychotherapie: bis 25 Stunden 90%, danach 75%</li> <li>- Heilpraktiker (inkl. Osteopathie und Chiropraktik durch nicht-ärztliche Behandelnde): 1.000 EUR p. a.</li> <li>- besondere Leistungen für Kinder/Jugendliche (u. a. Pauschale bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, KHT bei schweren Erkrankungen)</li> </ul> <p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% Regel- u. Wahlleistungen (privat-/wahl-/belegärztliche Leistungen + 2-Bettzimmer)</li> </ul> <p>Zahn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% Zahnbehandlung</li> <li>- 80% Zahnersatz (Erhöhung auf 90% möglich)</li> <li>- 80% Kieferorthopädie (Erhöhung auf 90% bzw. - bis Alter 20 - auf 100% möglich)</li> </ul> <p>AVB/KK_on-avbkkv-0007_Ausgabe 12 / 2021, Tarif ottonova Business Class Pro_on-tbbcpro-0001_Ausgabe 02/2024</p> <p>Beitragsstand: 01.04.2024</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
	<p><b>GSWO</b> <b>9,00 €</b></p> <p>Optionstarif MeineWechseloption</p> <p>Optionsrecht auf Höherversicherung (bis zu 3x während gesamter Vertragslaufzeit, erstmals zum 1.1. des 4. Kalenderjahres) 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 Beitragsstand: 01.05.2024</p> <p><b>GSZ90</b> <b>109,26 €</b></p> <p>Tarif für zahnärztliche Leistungen MeinGesundheitsschutz Zahn 90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zahnbehandlung (inkl. Prophylaxe/PZR): 100%</li> <li>- Bleaching: 100%, bis 150 EUR alle 2 Jahre</li> <li>- Zahnersatz, Inlays, Implantate, Gnathologie (einschl. Aufbissbehelfe/Schienen): 90%</li> <li>- schmerzlindernde Maßnahmen: zum selben % - Satz wie die dazugehörige zahnmedizinische Leistung</li> <li>- KFO, bis Alter 20: 90% (altersunabhängig bei Unfall / schwerer Erkrankung)</li> </ul> <p>Versicherungsbedingungen_B5U231000 (01) 05.24 Beitragsstand: 01.05.2024</p>	<p><b>NH</b> <b>38,03 €</b></p> <p>Zusatzversicherung: - 100% für Naturheilverfahren (gem. Hufelandverzeichnis) durch Ärzte/Heilpraktiker bis insgesamt 1.000 EUR p. a. (1. KJ: 100 EUR/2. KJ: 200 EUR)</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2021</p> <p><b>VP</b> <b>12,72 €</b></p> <p>Vorsorgetarif für PKV-Versicherte::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis insgesamt 400 EUR p. a.</li> <li>- Präventionskurse, max. 100 EUR p. a.</li> <li>- Beratungsservice für medizinisch-psychologische Beratung (anonym, auch telefonisch)</li> </ul> <p>Beitragsstand: 01.01.2021</p>	<p><b>MedExtra 300</b> <b>437,12 €</b></p> <p>Kompakttarif MedExtra (Leistungsstufe ME300)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztliche Leistungen: 100%</li> <li>- Heilpraktiker: 100%, bis 1.000 EUR p. a.</li> <li>- Heilmittel: 80%, max. SB p. a. 500 EUR</li> <li>- Psychotherapie: 80% bis zur 30. Sitzung eines Kalenderjahres (Kj.), ab der 31. Sitzung eines Kj. 100%</li> <li>- Regel- und Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt/Belegarzt): 100%</li> <li>- Zahnbehandlung (inkl. Inlays): 100%</li> <li>- Zahnersatz und Kieferorthopädie: 80%</li> </ul> <p>- garantierte Pauschalerstattung von 300 EUR p. a. (Kinder/Jugendliche: hälftig)</p> <p>300 EUR Selbstbehalt/SB p.a. auf den gesamten Tarif (Kinder/Jugendliche: hälftig)</p> <p>Bedingungsheft Unisex_AVB Teil I–III, Stand 1.2022_A839 1.2022 Beitragsstand: 14.10.2019</p>		

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
		<b>S1</b> <b>186,06 €</b> Stationärer Tarif: - Regel- und Wahlleistungen (1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt, Belegarzt) Beitragsstand: 01.01.2019 <b>Z9</b> <b>86,32 €</b> Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 90% - Kieferorthopädie: 90% Beitragsstand: 01.01.2021			
<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>54,01 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>57,81 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>57,82 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>43,71 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>57,49 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>52,58 €</b>
<b>PVN</b> <b>66,44 €</b>	<b>PVN</b> <b>65,39 €</b>	<b>PPN</b> <b>65,37 €</b>	<b>PVN</b> <b>66,95 €</b>	<b>PVN</b> <b>66,20 €</b>	<b>PVN</b> <b>66,20 €</b>
Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023	Pflegepflichtversicherung Beitragsstand: 01.01.2023	Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023	Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2023	Pflegepflichtversicherung Beitragsstand: 01.01.2023	Pflegepflichtversicherung Beitragsstand: 01.01.2023
<b>uni-KT 43</b> <b>62,40 €</b>	<b>KTA7W</b> <b>64,50 €</b>	<b>TA 6</b> <b>60,00 €</b>	<b>KTV42</b> <b>55,35 €</b>	<b>KTA43</b> <b>52,20 €</b>	<b>KTA43</b> <b>52,20 €</b>
Krankentagegeld ab dem 43. Tag  !!! nur mit/ neben KV Voll bei der universa abschließbar/versicherbar oder als Zusatzversicherung für GKV versicherte Arbeitnehmer !!!  Booklet KVB-800_11.19 Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 €  Beitragsstand: 01.01.2024	Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer  AVB: B45129900Z0 + B4U1388N0Z0_01.21 - Januar 2021 Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 €  Beitragsstand: 01.01.2022	Krankentagegeld ab dem 43. Tag.  Sofern Tarif TA nicht mit einem Krankheitskostentarif zusammen besteht, erhöht sich der Beitrag um 40%. Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 €  Beitragsstand: 01.01.2018	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	Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer  Tarif nur mit PKV Voll bei der ottonova abschließbar/versicherbar  AVB/KTA_on-avbka-0001_Ausgabe 06 / 2017 Tarif KTA (2019)_on-tbka-0002_Ausgabe 08 / 2019 Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 €  Beitragsstand: 01.10.2019	Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer  Tarif nur mit PKV Voll bei der ottonova abschließbar/versicherbar  AVB/KTA_on-avbka-0001_Ausgabe 06 / 2017 Tarif KTA (2019)_on-tbka-0002_Ausgabe 08 / 2019 Berechnetes Krankentagegeld: 150,00 €  Beitragsstand: 01.10.2019
<b>Gesamtbeitrag mtl.:</b> <b>722,97 €</b>	<b>765,83 €</b>	<b>799,44 €</b>	<b>608,13 €</b>	<b>750,85 €</b>	<b>696,79 €</b>
<b>Arbeitnehmeranteil mtl.:</b> <b>361,49 €</b>	<b>382,92 €</b>	<b>399,72 €</b>	<b>304,07 €</b>	<b>375,42 €</b>	<b>348,40 €</b>
<b>Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:</b> <b>386,49 €</b>	<b>424,58 €</b>	<b>439,72 €</b>	<b>329,07 €</b>	<b>375,42 €</b>	<b>348,40 €</b>





























































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.

	 uni-Top Privat PVN uni-KT 43	 GSP90 GSWO GSZ90 PVN KTA7W	 AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6	 MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42	 First Class Pro+ PVN KTA43	 Business Class Pro PVN KTA43
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Selbstbehalt p.a.:</b>	300,00 €	500,00 €	480,00 €	300,00 €		
<b>SB Art *:</b>	ASZ	AS %	A %	ASZ		
<b>Arbeitnehmeranteil:</b>	361,49 €	382,92 €	399,72 €	304,07 €	375,42 €	348,40 €
<b>Effektivbeitrag **:</b>	386,49 €	424,58 €	439,72 €	329,07 €	375,42 €	348,40 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Erfüllte Beratungsschwerpunkte</b>	6 von 6	6 von 6	6 von 6	6 von 6	6 von 6	6 von 6
<b>GOÄ/GOZ</b>						
<b>Ambulant</b>						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
<b>Stationär</b>	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 2-Bettzimmer Wahlarzt
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	90 %	90 %	90 %	80 %	90 %	80 %
Kieferorthopädie	90 %	90 %	90 %	80 %	90 %	80 %
<b>Krankentagegeld</b>						

### 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 Selbstbehalt.

--	--	--	--	--	--	--

## Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

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

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

# Analyse Krankenversicherung







## Leistungsvergleich Ambulant

### Erläuterung zur Darstellung:

✔ Kriterium erfüllt








✘ Dieser Leistungspunkt wurde gewünscht, jedoch bedingungsgemäß nicht erfüllt

⚠ Hier existiert ein wichtiger Hinweis. Bitte beachten Sie die ausführliche Leistungsbeschreibung.

	Kundenwunsch	 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>		722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad</b> <b>Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Selbstbeteiligung (SB)</b>							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	✔	300,00 €	500,00 €	480,00 € ⚠	300,00 €	0,00 €	0,00 €
				Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel.			
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		300,00 €	250,00 €	480,00 €	340,00 €	0,00 €	0,00 €
- 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	✔		✔		✔	✔	✔
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		✔	✔	✔	✔	✔	✔
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?		✔	✔	✔	✔	✔	✔
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung		✔	✔	✔	✔	✔	✔
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
<b>Gebührenordnung ambulant</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✔	✔				✔ ⚠	
						Hinweis: Es wird max. bis zum 5,0-fachen GOÄ-Satz geleistet (bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung).	
















































































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

		 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓ ⚠ Hinweis: außerhalb der EU/des EWR: Die für Behandlungen in Deutschland geltenden Prozentsätze reduzieren sich um 20%, wenn - die versicherte Person in Deutschland vollständig behandelt werden könnte oder - der Versicherer für die Auslandsbehandlung vor Reisebeginn keine schriftliche Zusage erteilt hat.		✓	⚠ Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.	⚠ Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
<b>Heilpraktiker</b>							
Heilpraktiker		✓ ⚠ Hinweis: nicht erstattungsfähig: psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen	✓	✓ ⚠ Hinweis: NH: Der Tarif übernimmt die Kosten für Naturheilverfahren (gem. Hufelandverzeichnis).	✓	✓ ⚠ Hinweis: Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.  Übernommen werden auch osteopathische bzw. chiropraktische Leistungen eines nichtärztlichen Behandlenden, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden und der Behandelnde - Mitglied eines deutschen Berufsverbandes der Osteopathen ist oder - eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen deutschen Berufsverband der Osteopathen berechtigt bzw. - ein Studium zum Chiropraktor oder eine qualitativ vergleichbare Ausbildung absolviert hat.  Die Aufwendungen sind in angemessener Höhe erstattungsfähig. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die für ärztliche Leistungen nach den GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstsätzen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig sind, gelten immer als in der Höhe angemessen. Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB/KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.	✓ ⚠ Hinweis: Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.  Übernommen werden auch osteopathische bzw. chiropraktische Leistungen eines nichtärztlichen Behandlenden, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden und der Behandelnde - Mitglied eines deutschen Berufsverbandes der Osteopathen ist oder - eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen deutschen Berufsverband der Osteopathen berechtigt bzw. - ein Studium zum Chiropraktor oder eine qualitativ vergleichbare Ausbildung absolviert hat.  Die Aufwendungen sind in angemessener Höhe erstattungsfähig. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die für ärztliche Leistungen nach den GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstsätzen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig sind, gelten immer als in der Höhe angemessen. Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB/KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.
- xx % Erstattung		100,00 %	100,00 %	100,00 % ⚠	100,00 %	100,00 %	100,00 %
				Hinweis: Ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschl. der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet.			



































































































































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>		722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		2.000,00 €	1.000,00 €	1.000,00 € 	1.000,00 €	2.000,00 € 	1.000,00 € 
				Hinweis: NH: Die Erstattung ist insgesamt (incl. ärztlicher Leistungen) im 1. Kalenderjahr auf 100 EUR und im 2. Kalenderjahr auf 200 EUR begrenzt.		Hinweis: Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers und für osteopathische und chiropraktische Leistungen ist zusammen auf 2.000 EUR p. a. begrenzt.	Hinweis: Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers und für osteopathische und chiropraktische Leistungen ist zusammen auf 1.000 EUR p. a. begrenzt.
- mind. bis Höchstsatz Gebüh							
- erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandverzeichnis (über Gebüh hinaus)							
			Hinweis: Die Leistung ist nichtll 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							
<b>Vorsorge</b>							
- über gesetzliche Programme				 			
				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							
<b>Heilmittel</b>							
Definition Heilmittelkatalog							
- Erstattung in %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	80,00 %	100,00 %	100,00 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	500,00 € 	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							
<b>Hilfsmittel</b>							
Definition Hilfsmittelkatalog							
- Erstattung in %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

















































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

		 uniVersa VERSICHERUNGEN	 Allianz	 SDK Einfach für Ihr Leben da.	 ARAG	 otonova	 otonova
	Kundenwunsch	uni-Top Privat PVN uni-KT 43	GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W	AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6	MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42	First Class Pro+ PVN KTA43	Business Class Pro PVN KTA43
<b>Monatsbeitrag:</b>		722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- offener Hilfsmittelkatalog							
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel							
- mindestens funktionale Standardausführung							
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis							
- Atemmonitor (Heimgerät)							
- Herzmonitor (Heimgerät)							
- Beatmungsgerät (Heimgerät)							
- Heimdialysegerät							
- Krankenfahrrühle ohne (Summen-) Begrenzung							
- Hör-/Sprechgeräte			 	 		 	 
			Hinweis: Hörhilfen werden zu 100% erstattet, bis max. - 3.000 EUR für eine teilweise im Körper eingesetzte Hörhilfe (sogenannte „BAHA-Geräte“) - 1.500 EUR für jede andere Hörhilfe.  Sprechgeräte werden ohne betragliche Begrenzung vergütet.	Hinweis: Hörgeräte und Tinnitus-Masker/Noiser werden pro Ohr bis max. 2.500 EUR innerhalb eines Kalenderjahres erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.		Hinweis: Hörhilfen sind bis 2.500 EUR je Ohr erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, werden die dafür erforderlichen Hörgeräte bis max. 4.000 EUR je Ohr vergütet.	Hinweis: Hörhilfen sind bis 1.500 EUR je Ohr erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, werden die dafür erforderlichen Hörgeräte bis max. 4.000 EUR je Ohr vergütet.
- Orthopädische Schuhe			 			 	 
			Hinweis: Orthopädische Schuhe werden zu 100% bis max. 2.000 EUR p. a. erstattet.			Hinweis: Erstattet werden orthopädische Schuhe - abzüglich einem Eigenanteil von 100 EUR - bzw. Schuhschulzungen (max. 4 Paare innerhalb von 2 Kalenderjahren).	Hinweis: Erstattet werden orthopädische Schuhe - abzüglich einem Eigenanteil von 100 EUR - bzw. Schuhschulzungen (max. 4 Paare innerhalb von 2 Kalenderjahren).
- Blindenhund o. Blindenleitgerät							
- Blindenlese-/Vorlesegerät							
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung			 				
			Hinweis: Perücken bei krankhaftem Haarverlust werden zu 100% bis max. 500 EUR je Perücke erstattet.				
- Prothesen							
- Kunstaugen							
- Orthesen							
<b>Sehhilfen</b>							
- Erstattung xx €		600,00 €	500,00 €	250,00 €	300,00 €	500,00 €	300,00 €
- Anspruch mind. alle ... Monate		24	36	36	24	24	24
<b>- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung</b>							
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		unbegrenzt	1.500,00 €	3.000,00 € 	2.000,00 €	5.000,00 €	2.000,00 € 
				Hinweis: frühestens nach 36 Monaten			Hinweis: in den ersten 24 Monaten: 1.000 EUR

































































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

		 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Psychotherapie</b>							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt 	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
				Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.			
- ohne besondere Einschränkungen/ Selbstbehalte		Hinweis: innerhalb eines Kalenderjahres - bis zur 20. Sitzung: keine Selbstbeteiligung - ab der 21. Sitzung: 10% Selbstbeteiligung  Die nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.			 Hinweis: 20% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie bis zur 30. Sitzung eines Kalenderjahres, ab der 31. Sitzung eines Kalenderjahres 100%ige Erstattung.	 Hinweis: Die ersten 50 Therapiestunden je Versicherungsfall (inkl. probatorischer Sitzungen) sind zu 100% erstattungsfähig, darüber hinaus zu 80%.	
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage							
<b>Ambulante Transporte</b>							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung							
- bei Gehunfähigkeit	 	 	 		 	 	
		Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten und -transporte bei Bestehen von Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 (keine Bescheinigung (s. Leistungstext) erforderlich).	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).	Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.		Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten von und zu - einer ambulant durchgeführten Operation - einer ambulant durchgeführten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist sowie - bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr.	Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten von und zu - einer ambulant durchgeführten Operation - einer ambulant durchgeführten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist sowie - bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr.
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)				 Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).			
- ambulante Notfalltransporte							


















# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

		 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>							
- ohne zusätzliche SB		  Hinweis: Bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind auch ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschl. der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.	  Hinweis: Eigenanteil von jeweils 10 EUR, bis insgesamt max. 1.000 EUR p. a., wenn Originalpräparate bezogen werden, obwohl dafür Generika im Handel verfügbar sind.  Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung sowie Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“) werden bis zum 22. Geburtstag erstattet. Die Mittel müssen in der Apotheke gekauft werden.			  Hinweis: Verordnete Arzneimittel zur Empfängnisverhütung werden vergütet, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.  Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist; der Versicherer ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.	  Hinweis: Verordnete Arzneimittel zur Empfängnisverhütung werden vergütet, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.  Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist; der Versicherer ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)							
<b>sonstiges</b>							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)							
- Behandlung in Krankenhausambulanzen							
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege							
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)							
<b>Kurleistung ambulant</b>							
Kurleistung ambulant							
- Verzicht auf Kurortklausel							
<b>Ambulant</b>							
sonstiges							











# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

		 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Stationär</b>							
1-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/ Spezialist)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
<b>Gebührenordnung Stationär</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	 Hinweis: Es wird max. bis zum 5,0-fachen GOÄ-Satz geleistet (bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung).
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓ 	✓	✓		 Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.
			Hinweis: außerhalb der EU/des EWR: Die für Behandlungen in Deutschland geltenden Prozentsätze reduzieren sich um 20%, wenn - die versicherte Person in Deutschland vollständig behandelt werden könnte oder - der Versicherer für die Auslandsbehandlung vor Reisebeginn keine schriftliche Zusage erteilt hat.			Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/ Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.	Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/ Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
<b>Privatkliniken</b>							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntG/BPflV		✓ 	✓ 	✓	✓	✓	✓
		Hinweis: Entwöhnungsbehandlungen in Privatkliniken sind nicht erstattungsfähig.	Hinweis: 150% über KHEntG/ BPflV einschl. 1-/2-Bettzimmer				
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓		✓	✓	✓	✓
			Hinweis: Gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet.				




























# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

		 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Stationär</b>							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓	✓	✓ ⚠	✓	✓	✓
				Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.			
Ersatzkrankenhaustagegeld		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠
						Hinweis: Eine Zusage in Textform ist nur bei akutstationärer Behandlung bzw. stationärer Rehabilitation erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung oder eine Entwöhnung handelt.	Hinweis: Eine Zusage in Textform ist nur bei akutstationärer Behandlung bzw. stationärer Rehabilitation erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung oder eine Entwöhnung handelt.
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung stationär		✓	✓	✓	✓	✓	✓
sonstiges			✓	✓	✓	✓	✓







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

		 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Zahn</b>							
Zahnbehandlung %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Zahnersatz %		90,00 %	90,00 %	90,00 %	80,00 %	90,00 % 	80,00 % 
						Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztnetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztnetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 100%.	Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztnetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztnetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 90%.
Kieferorthopädie %		90,00 %	90,00 %	90,00 %	80,00 %	90,00 % 	80,00 % 
						Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztnetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztnetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 100%.	Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztnetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztnetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 90%.
						Wird die gesamte kieferorthopädische Maßnahme bis Alter 20 vollständig und erfolgreich abgeschlossen (muss vom Zahnarzt bestätigt werden), wird eine bis dahin angefallene Eigenbeteiligung an den Versicherungsnehmer zurückerstattet.	Wird die gesamte kieferorthopädische Maßnahme bis Alter 20 vollständig und erfolgreich abgeschlossen (muss vom Zahnarzt bestätigt werden), wird eine bis dahin angefallene Eigenbeteiligung an den Versicherungsnehmer zurückerstattet.
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	20  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	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
<b>Gebührenordnung Zahn</b>							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)						 	
						Hinweis: Es wird max. bis zum 5,0-fachen GOZ-Satz geleistet (bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung).	







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

		 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓	✓	✓	⚠ Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.	⚠ Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
<b>Zahn</b>							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/angemessene Erstattung		✓		✓	✓		
Summenbegrenzung max. ... Jahre	📄	4 ⚠ Hinweis: Entfall der Begrenzung ab dem 4. Versicherungsjahr (Vj.) bei jährlicher Zahnvorsorge in den letzten 5 Kalenderjahren vor Versicherungsbeginn in diesem Tarif.	3	4	3	3	4
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

	 uniVersa VERSICHERUNGEN	 Allianz	 SDK Einfach für Ihr Leben da.	 ARAG	 otonova	 otonova
	<b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	<b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	<b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	<b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	<b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	<b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):	2024	2024	2017	2019	2024	2024
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	0	0	0	0	0	0
- Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):			2010			
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>						
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre	✓	✓		✓	✓	✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre						
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"					⚠	⚠
					Hinweis: Der Versicherer fragt "Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?"	Hinweis: Der Versicherer fragt "Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?"
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne	2	32		5		
Kinder alleine versicherbar ab Alter	2	2	0	1 ⚠		
				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		
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr		1,20			1,00	1,00
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER		1,20			1,00	1,00
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr	600,00 €			300,00 €		
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER	300,00 €			150,00 €		
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr	2,50	1,80	3,00	2,50		
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER	2,50	4,20	3,00	2,50		
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr						
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER						
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓	✓	✓
		Hinweis: GSP90: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ GSZ90: nur bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm"	Hinweis: Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).			
- Schutzimpfungen BRE-unschädlich	✓	✓ ⚠		✓	✓ ⚠	✓ ⚠
		Hinweis: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“			Hinweis: BRE-unschädlich sind Impfstoffe für versicherte Schutzimpfungen, die nicht aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.	Hinweis: BRE-unschädlich sind Impfstoffe für versicherte Schutzimpfungen, die nicht aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.































































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

		 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- weitere / andere Leistungen BRE- unschädlich		✓			✓		
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpffahr)		✓	✓	✓	✓		
- Anrechnung Vorversicherung (V) auf BRE-Staffel			✓				
<b>Ausland</b>							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		3 ⚠  Hinweis: Während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 36 Monaten, sofern der Versicherungsbeginn der Krankheitskostenvollversicherung mind. 36 Monate zurückliegt oder bis zu 3 Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	6 ⚠  Hinweis: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.	unbegrenzt	3	6	6
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		⚠  Hinweis: Bei Heilbehandlern im Ausland beurteilt sich die Erstattungsfähigkeit der Kosten nach dem im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.	✓	✓		✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		⚠  Hinweis: Bei Heilbehandlern im Ausland beurteilt sich die Erstattungsfähigkeit der Kosten nach dem im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.	✓	✓		✓	✓
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland		✓	✓	✓		✓	✓
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>							
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

		 uniVersa VERSICHERUNGEN	 Allianz	 SDK Einfach für Ihr Leben da.	 ARAG	 ottonova	 ottonova
	Kundenwunsch	uni-Top Privat PVN uni-KT 43	GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W	AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6	MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42	First Class Pro+ PVN KTA43	Business Class Pro PVN KTA43
<b>Monatsbeitrag:</b>		722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		1	3	5 	10 		
				Hinweis: AM30, 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: AM30, 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							
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung					 		
					Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversiche- rung beim Versicherer bestanden hat.		
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		unbegrenzt	50	50 	unbegrenzt 		
				Hinweis: AM30, 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).		
<b>- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))</b>							
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)							
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?							
		Hinweis: Im Rahmen einer sonstige Reha werden Aufwendungen, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben, erstattet.					
- ambulante Anschlussreha							
- stationäre Anschlussreha							
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen							







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 uni-Top Privat PVN uni-KT 43	 GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W	 AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6	 MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42	 First Class Pro+ PVN KTA43	 Business Class Pro PVN KTA43
<b>Kundenwunsch</b>						
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen			✓			
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen	✓	✓ ⚠ Hinweis: stationär: bis zu dem Tagessatz nach § 111 SGB V	✓		✓	✓
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen	✓ ⚠ 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).	✓ ⚠ Hinweis: auch mitversichert: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörige ärztliche Leistungen, sofern die versicherte Person eine keimzellenschädigende 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 Samenzellen sowie dazugehörige medizinische Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss (für die Dauer der Kryokonservierung gelten die bei Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen).	✓	✓
- Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung	✓ ⚠ Hinweis: Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes bei - Bezug von Elterngeld oder Reduzierung der Arbeitszeit (wenn Einkommensgrenze überschritten) - Kindernachversicherung	✓ ⚠ Hinweis: GSP90, GSZO, GSZ90: Beitragsbefreiung bei - Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselternzeit- und Elternzeitgesetz) - Versicherung von Kindern		✓	✓ ⚠ Hinweis: Beitragsfreiheit - bei Bezug von Elterngeld - im "Neugeborenen-Tarif"	✓ ⚠ Hinweis: Beitragsfreiheit im "Neugeborenen-Tarif"
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind auch elektronische Geräte bzw. elektronische Dienstleistungen, die deshalb angeboten werden, um Krankheiten zu vermeiden oder eine Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit zu verhindern oder abzumildern (z. B. Gesundheits-Apps), s. auch ambulanten Leistungspunkt "sonstiges".	✓
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓	✓	✓	✓	✓
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Verbesserte Kriegsklausel	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt	2	2 ⚠ Hinweis: GSP90: Die Kündigung der Zusatzabsicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich. GSZO: Kündigung zu jedem Jahresende - mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist - möglich.	1	2	2	2
sonstiges		✓	✓	✓		







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 uniVersa VERSICHERUNGEN	 Allianz	 Einfach für Ihr Leben da.	 ARAG	 otonova	 otonova
	<b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	<b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	<b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	<b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	<b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	<b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Krankentagegeld</b>						
Tagegeld auch über Nettogehalt versicherbar (Arbeitnehmer)	✓	✓	✓	✓		
bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten			✓	⚠	⚠	⚠
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus	⚠ Hinweis: ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit: 3-Monats-Frist verlängert sich auf 12 Monate	✓	⚠ 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)	✓		✓			
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 Erwerbsminderung 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).		
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)	✓	✓ ⚠ Hinweis: Wird zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt, gilt die Garantiezusage nur, wenn keine zumutbare Umorganisation erfolgen kann.				
Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers	✓	✓ ⚠ Hinweis: Leistungen nur bei Reha-Maßnahmen!	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis:	✓ ⚠ Hinweis:
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entziehungsmaßnahmen mitversichert		✓		✓	✓	✓







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	<b>Kundenwunsch</b>	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>		722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig		✓	✓	✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠
						Hinweis: Medizinisch notwendige Heilbehandlungen in "gemischten Krankenanstalten" bedürfen keiner vorherigen Zusage, aber: Für Rehabilitationsmaßnahmen wird nur geleistet, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand; die Zeiten der völligen Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet.	Hinweis: Medizinisch notwendige Heilbehandlungen in "gemischten Krankenanstalten" bedürfen keiner vorherigen Zusage, aber: Für Rehabilitationsmaßnahmen wird nur geleistet, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand; die Zeiten der völligen Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet.
Leistung bei Erkrankung eines Kindes					✓ ⚠		
					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 genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	✓ ⚠	⚠	✓ ⚠	✓ ⚠	✓ ⚠
		Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird geleistet, wenn - die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet		Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	Hinweis: 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).	Hinweis: Nach vorheriger Zusage in Textform kann der Versicherungsschutz über Deutschland hinaus ausgedehnt werden, wenn durch den Auslandsaufenthalt medizinisch zu erwarten ist, dass die Arbeitsfähigkeit schneller wiederhergestellt werden kann als dies bei einem Verbleib in Deutschland der Fall wäre.	Hinweis: Nach vorheriger Zusage in Textform kann der Versicherungsschutz über Deutschland hinaus ausgedehnt werden, wenn durch den Auslandsaufenthalt medizinisch zu erwarten ist, dass die Arbeitsfähigkeit schneller wiederhergestellt werden kann als dies bei einem Verbleib in Deutschland der Fall wäre.
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓ ⚠	Hinweis: Selbstständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	✓	✓	✓	✓	✓
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch			✓		✓ ⚠	✓	✓
					Hinweis: Der Leistungsanspruch gilt nur für Arbeitnehmer.		

















# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 uni-Top Privat PVN uni-KT 43	 GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W	 AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6	 MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42	 First Class Pro+ PVN KTA43	 Business Class Pro PVN KTA43
<b>Kundenwunsch</b>						
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung	✓	✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓ ⚠
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn						
<b>Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht</b>						
- GKV-Versicherte (KT-Zusatz bei PKV)						
- Selbstständige: KT + PKV-Voll nicht beim selben VR			⚠ Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/ Antwort des Versicherers steht noch aus	⚠ Hinweis: Wird die Krankheitskosten-Vollversicherung gekündigt und das Versicherungsverhältnis in einem anderen Krankentagegeldtarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgesetzt, wird nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet.		
- Selbstständige: KT + PKV-Voll beim selben VR	✓		✓	✓		
<b>Krankentagegeld</b>						
Abschluss mit PKV bei anderem VU versicherbar			✓			
<b>max. versicherbarer Tagessatz insgesamt (auch in Kombination verschiedener KZ)</b>						
Arbeitnehmer	625	300	250	unbegrenzt ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich	315	315
Selbstständige	625		250	unbegrenzt ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich		
Existenzgründer (Selbstständige)	50			85		
Freiberufler	625		250	unbegrenzt ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich		































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

		 <b>uni-Top Privat</b> <b>PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90</b> <b>GSWO PVN</b> <b>KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH</b> <b>VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300</b> <b>FlexiPro PVN</b> <b>KTV42</b>	 <b>First Class Pro+</b> <b>PVN KTA43</b>	 <b>Business Class</b> <b>Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	<b>Kundenwunsch</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Ärzte / Zahnärzte (angestellt)		625		250	unbegrenzt 	315	315
					Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich		
Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)		625		250	unbegrenzt 		
					Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich		
<b>Krankentagegeld</b>							
Mindestvertragsdauer		1	2	1	1	2 	2 
						Hinweis: Endet für die versicherte Person die Krankheitskostenvollversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach diesem Tarif (Umwandlung in Anwartschaft möglich).	Hinweis: Endet für die versicherte Person die Krankheitskostenvollversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach diesem Tarif (Umwandlung in Anwartschaft möglich).
sonstiges							



























































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Selbstbeteiligung (SB)</b>						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	 Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.  Bei unterjährigem Beginn wird die Selbstbeteiligung für das 1. Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.	 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 Plus 70 und Upgrade auf Plus 90 bestand(,) - wenn die Tarife neu abgeschlossen wurden - bei Tarifwechsel nach § 204 VVG und vorher keine oder eine geringere Selbstbeteiligung galt.	 Die Selbstbeteiligung beträgt 30% und ist auf 480 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.  Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert. Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel.	 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.	 Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	 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: 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.  * bei Bezug von Generika oder Originalpräparaten, für dessen Wirkstoff ein Austauschverbot besteht ** bei Einschaltung VR	 Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 480 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 70% Erstattung = 700 EUR (restliche SB: 180 EUR) - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 70% Erstattung = 350 EUR (restliche SB: 30 EUR) - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR ./, restlicher SB = 770 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: 340 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 – 80% Erstattung = 160 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt insgesamt 460 EUR.	 Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel*). * bei Einschaltung VR	 Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel*). * bei Einschaltung VR
- Selbstbehalt nur ambulant?	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt für beide Bereiche (ambulant und stationär).	 Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	 Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	 Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	 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.	 Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	 Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	 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.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	 Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die hälftige Selbstbeteiligung.	 Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche beträgt 150 EUR pro Kalenderjahr. Ab dem Kalenderjahr, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	 Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	 Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	 Die Selbstbeteiligung entfällt für die im tariflichen Verzeichnis für Vorsorgeleistungen aufgeführten Maßnahmen*, einschl. zahnprophylaktischer Leistungen (GOZ-Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 1030, 1040, GOÄ-Ziffer Ä1)* und Präventionskurse (sowie für die garantierte BRE und die Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes).  * falls die Kosten im Rahmen von - von Vorsorgeuntersuchungen (jeweilige Rechnung muss eine der führenden GOÄ-Ziffern 23-29 enthalten) bzw. - zahnprophylaktischen Leistungen entstehen	 Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen "Vorsorgeuntersuchungen gem. tariflichem Verzeichnis" und "Gesundheitskurse" nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	Nein.	 Die Selbstbeteiligung entfällt für die im tariflichen Verzeichnis für Vorsorgeleistungen aufgeführten Maßnahmen, einschl. zahnprophylaktischer Leistungen (sowie für die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen und die Beitragsbefreiung während der Elternzeit).	 Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	 Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	 Ja.	 Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen "Standard-/Indikationsimpfungen nach Empfehlungsliste der STIKO" nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	Nein.	 Ja.	 Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	 Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
<b>Haus-/Primärarztprinzip</b>						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	 Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	 Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	 Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	 Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	 Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	 Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
<b>Gebührenordnung ambulant</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstatz der GOÄ?	 Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	 Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	 Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	 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 die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.



























# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Aufwendungen werden über den Höchstsätzen der GOÄ erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der Gebührenordnung entsprechen.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Es wird max. bis zum 5,0-fachen GOÄ-Satz geleistet (bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung).	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.	✔ innerhalb der EU/des EWR: 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. Hinweis: außerhalb der EU/des EWR: Die für Behandlungen in Deutschland geltenden Prozentsätze reduzieren sich um 20%, wenn - die versicherte Person in Deutschland vollständig behandelt werden könnte oder - der Versicherer für die Auslandsbehandlung vor Reisebeginn keine schriftliche Zusage erteilt hat.	Nein. Versichert sind die Kosten für Abrechnungen (auch bei Entbindung), die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/ Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.  außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/ Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Heilpraktiker</b>						
- Heilpraktiker	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.  Hinweis: nicht erstattungsfähig: psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: NH: Der Tarif übernimmt die Kosten für Naturheilverfahren (gem. Hufelandverzeichnis).	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.  Übernommen werden auch osteopathische bzw. chiropraktische Leistungen eines nichtärztlichen Behandlenden, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden und der Behandelnde - Mitglied eines deutschen Berufsverbandes der Osteopathen ist oder - eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen deutschen Berufsverband der Osteopathen berechtigt bzw. - ein Studium zum Chiropraktor oder eine qualitativ vergleichbare Ausbildung absolviert hat.  Die Aufwendungen sind in angemessener Höhe erstattungsfähig. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die für ärztliche Leistungen nach den GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstätzen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig sind, gelten immer als in der Höhe angemessen. Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB/ KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.	 Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.  Übernommen werden auch osteopathische bzw. chiropraktische Leistungen eines nichtärztlichen Behandlenden, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden und der Behandelnde - Mitglied eines deutschen Berufsverbandes der Osteopathen ist oder - eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen deutschen Berufsverband der Osteopathen berechtigt bzw. - ein Studium zum Chiropraktor oder eine qualitativ vergleichbare Ausbildung absolviert hat.  Die Aufwendungen sind in angemessener Höhe erstattungsfähig. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die für ärztliche Leistungen nach den GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstätzen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig sind, gelten immer als in der Höhe angemessen. Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB/ KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Ambulante Untersuchungen und Heilbehandlungen durch Heilpraktiker werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschl. der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel 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.	Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.  Naturheilkundliche Präparate (insbesondere homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische Arzneimittel) sind nur erstattungsfähig, sofern diese über eine Zulassung oder Registrierung gem. dem AMG verfügen.	Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.  Naturheilkundliche Präparate (insbesondere homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische Arzneimittel) sind nur erstattungsfähig, sofern diese über eine Zulassung oder Registrierung gem. dem AMG verfügen.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	 Heilpraktikerleistungen werden bis 2.000 EUR p. a. erstattet.	 Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arzneimittel werden bis 1.000 EUR p. a. erstattet.	 Behandlungen durch Heilpraktiker werden ab dem 3. Kalenderjahr insgesamt (incl. ärztlicher Leistungen) bis 1.000 EUR pro Kalenderjahr erstattet. Hinweis: NH: Die Erstattung ist insgesamt (incl. ärztlicher Leistungen) im 1. Kalenderjahr auf 100 EUR und im 2. Kalenderjahr auf 200 EUR begrenzt.	 Heilpraktikerleistungen werden bis max. 1.000 EUR p. a. erstattet.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers und für osteopathische und chiropraktische Leistungen ist zusammen auf 2.000 EUR p. a. begrenzt.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen eines Heilpraktikers und für osteopathische und chiropraktische Leistungen ist zusammen auf 1.000 EUR p. a. begrenzt.
- mind. bis zum Höchstsatz 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.	 Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des 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.	 Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig.








# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	Nein, es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen.  Nach § 4 (6) AVB, Teil I erstattet der Versicherer 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.	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.	✓ Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung.	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.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind alle Leistungen eines Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind; soweit diese nicht im GebÜH enthalten sind, gelten die GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstätzen für ärztliche Leistungen. Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB/ KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind alle Leistungen eines Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind; soweit diese nicht im GebÜH enthalten sind, gelten die GOÄ-Ziffern des Hufelandverzeichnisses mit den Höchstätzen für ärztliche Leistungen. Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB/ KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	Erstattungsfähig sind ärztliche Untersuchungen und Heilbehandlungen im Rahmen der Alternativmedizin - unter Berücksichtigung von § 4 (6) AVB, Teil I.	Der Versicherer leistet für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblut-Behandlung als naturheilkundliche Reiztherapie und therapeutische Lokalanästhesie. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann dann auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.	✓ AM30: 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.  NH (VV): Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrags für Naturheilverfahren durch Ärzte (als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung) einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel - im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte. Die Erstattung ist insgesamt (incl. Heilpraktikerleistungen) im 1. Kalenderjahr auf 100 EUR, im 2. Kalenderjahr auf 200 EUR begrenzt und ab dem 3. Kalenderjahr auf 1.000 EUR p. a. begrenzt.	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.	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.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.





































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Vorsorge</b>						
- über gesetzl. Programme hinaus?	<p>✓ Erstattet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- präventive Maßnahmen der Medizin: gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme (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) aufgeführten Maßnahmen sind Altersgrenzen und Zeitintervalle zu beachten</li> <li>- ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (und ärztliche Behandlungen) in der Schwangerschaft</li> <li>- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.</li> </ul>	<p>✓ Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig, auch über die gesetzlichen Programme hinaus.</p> <p>Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in dem den Bedingungen angehangenen Verzeichnis zu Vorsorgeuntersuchungen aufgeführten Leistungen* bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattet. Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>* Screening auf Chlamydien ab Alter 16, alle anderen Gesundheits-Check-ups ab Alter 21</p>	<p>✓ AM30:   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).</p> <p>VP:                      Erstattet werden bis zu 100% der Aufwendungen für ambulante medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), die von einem approbierten Arzt vorgenommen und nach der Gebührenordnung für Ärzte bis zu deren Höchstsätzen abgerechnet werden - bis insgesamt (incl. Schutzimpfungen) 400 EUR je Kalenderjahr.</p> <p>Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch eine sportmedizinische Untersuchung. Gendiagnostische Untersuchungen sind von der Erstattung ausgenommen.                      Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).</p>	<p>✓ 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 Pauschalersatzung) aufgeführten Maßnahmen sind Altersgrenzen und Zeitintervalle zu beachten)</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, ohne die dort festgelegten Altersbegrenzungen sowie die gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung eines Glaukoms.</p> <p>Darüber hinaus werden weitere Untersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten übernommen, s. auch ambulanten Leistungspunkt "sonstiges".</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, ohne die dort festgelegten Altersbegrenzungen sowie die gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung eines Glaukoms.</p>
- Schutzimpfungen?	<p>✓ Erstattet werden Schutzimpfungen (einschl. Impfstoff); hierzu zählen sämtliche Schutzimpfungen einschl. der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.</p>	<p>✓ Erstattet werden Kosten für Malaria-Prophylaxe sowie folgende Impfungen (einschl. des Impfstoffs):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Reiseimpfungen wegen beruflicher Tätigkeit.</li> </ul> <p>Ausgenommen sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, für die der Arbeitgeber oder ein anderer Kostenträger leisten muss.</p> <p>* Kosten können über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht werden</p>	<p>✓ AM30:                      Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Grippeimpfung,</li> <li>- die Zeckenschutzimpfung (FSME),</li> <li>- die Malaria-Prophylaxe,</li> <li>- Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen.</li> </ul> <p>VP:                      Erstattet werden Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) und unabhängig davon Schutzimpfungen gegen Influenza, FSME und Tollwut bis insgesamt (incl. Vorsorgeuntersuchungen) 400 EUR je Kalenderjahr.</p>	<p>✓ Ja. Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen einschl. der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschl. der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden - auch aus Anlass einer Auslandsreise (hierfür können auch nicht niedergelassene Ärzte in Anspruch genommen werden, sofern sie behördlich zur Durchführung der jeweiligen Impfung zugelassen sind). Nicht geleistet wird für Schutzimpfungen, bei denen ein gesetzlicher Anspruch gegen den Arbeitgeber besteht.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden - auch aus Anlass einer Auslandsreise (hierfür können auch nicht niedergelassene Ärzte in Anspruch genommen werden, sofern sie behördlich zur Durchführung der jeweiligen Impfung zugelassen sind). Nicht geleistet wird für Schutzimpfungen, bei denen ein gesetzlicher Anspruch gegen den Arbeitgeber besteht.</p>







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Heilmittel</b>						
- Heilmittel-Definition	 Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen) - Ergotherapie - Ernährungstherapie - Podologie (medizinische Fußpflege) (- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen) (- Hippotherapie) einschl. ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und der in diesem Zusammenhang anfallenden Fahrtkosten.	 Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung)) (- (Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitationssport und Funktionstraining) einschl. Hausbesuche	 Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - 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: - 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	 Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie (auch akademische Sprachtherapeuten, klinische Linguisten) - Ergotherapie (auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) - Podologie (auch medizinische Fußpfleger) - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler), (- Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	 Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie (auch akademische Sprachtherapeuten, klinische Linguisten) - Ergotherapie (auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) - Podologie (auch medizinische Fußpfleger) - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler), (- Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)
- 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 bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR zu 80% erstattet, darüber hinaus zu 100%.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 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.	 Der Eigenanteil für Heilmittel ist auf 500 EUR p.a. begrenzt.	 Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	 Keine unüblichen Beschränkungen.	 Keine unüblichen Beschränkungen.	 Keine unüblichen Beschränkungen.	 Keine unüblichen Beschränkungen.	 Keine unüblichen Beschränkungen.	 Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	 Ja.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Nein. Erstattet werden die in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Heilmittel, bis zu 110% 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.	 Ja.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Nein. Heilmittel, die von den in den AVB genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern sie im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung enthalten sind und die dort aufgeführten Höchstbeträge um nicht mehr als 20% überschreiten (= angemessen). Im Einzelfall können auch darüberhinausgehende Aufwendungen angemessen sein, sofern diese als ortsüblich anzusehen sind.  Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, die nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebamme/ein Entbindungspfleger nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten immer als angemessen.	Nein. Heilmittel, die von den in den AVB genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern sie im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung enthalten sind und die dort aufgeführten Höchstbeträge um nicht mehr als 20% überschreiten (= angemessen). Im Einzelfall können auch darüberhinausgehende Aufwendungen angemessen sein, sofern diese als ortsüblich anzusehen sind.  Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, die nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebamme/ein Entbindungspfleger nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten immer als angemessen.
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	 Ja.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Nein. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind.	 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.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, die nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebamme/ein Entbindungspfleger nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten immer als angemessen.	Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, die nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebamme/ein Entbindungspfleger nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten immer als angemessen.
- Logopädie	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Ergotherapie	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel</b>						
Hilfsmittel	<p>✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigte Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt.</p> <p>Zu den Hilfsmitteln gehören z. B. Blutzuckermessgeräte, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe, Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung, Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell), Gehstützen, Gehhilfen, Stützapparate einschl. Liegeschalen, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz (und weitere Hilfsmittel: s. nachfolgende Leistungspunkte).</p> <p>Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Die Höhe der Erstattungen für Instandsetzung ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.</p> <p>Erstattungsfähig ist auch die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge.</p> <p>nicht erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln</li> <li>- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben</li> <li>- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel</li> </ul> <p>- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht</p> <p>- Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte</p>	<p>✔ Hilfsmittel sind Gegenstände, die eine Krankheits-, Unfallfolge oder eine Behinderung unmittelbar mildern oder ausgleichen, den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. Hierzu zählen etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medizinisch-technische Mittel</li> <li>- Körpersersatzstücke</li> <li>- Geräte, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln</li> </ul> <p>Erstattet werden auch die Kosten für einen Blindenführhund.</p> <p>versichert: Kauf oder Miete des Hilfsmittels, Anpassung, Reparatur und Wartung, Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Produkte aus dem Wellness- und Fitnessbereich und allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, Pflege-, Reinigungs-, Unterhalts- und Betriebskosten (insbesondere Batterien; Spezialbatterien für Hilfsmittel, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können, sind hingegen erstattungsfähig).</p>	<p>✔ Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten sowie Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.</p> <p>Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.</p> <p>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 Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Aufwendungen für den Betrieb (z. B. Strom, Batterien), die Pflege von Hilfsmitteln und Zusatzgarantieleistungen sowie für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.</p>	<p>✔ Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Prothesen und Hörgeräte) sind erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigte Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt.</p> <p>Kosten für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung werden ebenfalls ersetzt; die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Aufwendungen für den Betrieb (z. B. Strom, Batterien), die Pflege von Hilfsmitteln und Zusatzgarantieleistungen sowie für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Seh- und Hörhilfen, orthopädische Schuhe bzw. Schuhzurichtungen, Einlagen (max. 2 Paare innerhalb von 2 Kalenderjahren) und darüber hinaus Körpersersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel (z. B. Blutzuckermessgerät mit Sensortechnik sowie zugehörige Sensoren bei insulinpflichtigen Diabetikern, Blindenhund, Blindenlesegerät oder Sauerstoffversorgung), sofern sie Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten können.</p> <p>Notwendige Reparaturen und Wartungen erstattungsfähiger Hilfsmittel sowie Aufwendungen für die Unterweisung in deren Gebrauch werden ebenfalls übernommen.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Unterhalt und Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Stromkosten, Batterien), Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen oder die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen, Zahnbürsten</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Seh- und Hörhilfen, orthopädische Schuhe bzw. Schuhzurichtungen, Einlagen (max. 2 Paare innerhalb von 2 Kalenderjahren) und darüber hinaus Körpersersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel (z. B. Blutzuckermessgerät mit Sensortechnik sowie zugehörige Sensoren bei insulinpflichtigen Diabetikern, Blindenhund, Blindenlesegerät oder Sauerstoffversorgung), sofern sie Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten können.</p> <p>Notwendige Reparaturen und Wartungen erstattungsfähiger Hilfsmittel sowie Aufwendungen für die Unterweisung in deren Gebrauch werden ebenfalls übernommen.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Unterhalt und Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Stromkosten, Batterien), Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen oder die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen, Zahnbürsten</p>







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet (Erstattungshöchstbeträge für Schuhe, Hörhilfen, Perücken beachten).	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Hilfsmittel, die weniger als 1.000 EUR kosten oder vorab vom Versicherer zugesagt wurden, werden zu 100% erstattet, ansonsten 80%ige Erstattung (s. auch Leistungspunkt "max. Selbstbehalt p. a. €").	✔ Hilfsmittel werden zu 100% erstattet, wenn - sie im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerversorgung bezogen werden oder - nicht mehr als 500 EUR kosten oder - der zu erwartende Gesamtpreis für die Anschaffungskosten mehrfach innerhalb eines Kalenderjahres bezogener Hilfsmittel gleicher Art und Güte bei max. 500 EUR liegt oder - bei einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR der Concierge-Service des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt wird.  In allen anderen Fällen erfolgt die Erstattung zu 75% (Seh- und Hörhilfen, orthopädische Schuhe/Schuhzurichtungen: s. nachstehende Leistungspunkte).	✔ Hilfsmittel werden zu 100% erstattet, wenn - sie im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerversorgung bezogen werden oder - nicht mehr als 500 EUR kosten oder - der zu erwartende Gesamtpreis für die Anschaffungskosten mehrfach innerhalb eines Kalenderjahres bezogener Hilfsmittel gleicher Art und Güte bei max. 500 EUR liegt oder - bei einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR der Concierge-Service des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt wird.  In allen anderen Fällen erfolgt die Erstattung zu 75% (Seh- und Hörhilfen, orthopädische Schuhe/Schuhzurichtungen: s. nachstehende Leistungspunkte).
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Keine Selbstbeteiligung für Hilfsmittel, die in den Bedingungen - genannt sind - nicht aufgelistet sind, aber (sofern möglich) über einen Kooperationspartner des Versicherers bezogen oder innerhalb von 2 Tagen benötigt werden, weil es sich um einen Unfall oder Notfall handelt; anderenfalls fällt eine Selbstbeteiligung von 20% 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.	✔ Es fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 25% - an für Hilfsmittel mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR, die nicht im Rahmen einer unfall- bzw. notfallbedingten Erstversorgung bezogen oder ohne Absprache mit dem Versicherer angeschafft werden.	✔ Es fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 25% - an für Hilfsmittel mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR, die nicht im Rahmen einer unfall- bzw. notfallbedingten Erstversorgung bezogen oder ohne Absprache mit dem Versicherer angeschafft werden.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ 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.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	Für einen 100%igen Erstattungsanspruch müssen nicht unfall-/notfallbedingte Hilfsmittel, die nicht in den Bedingungen aufgelistet sind, über einen möglichen Kooperationspartner des Versicherers bezogen werden.	✔ 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 <a href="http://www.sdk.de">www.sdk.de</a> .	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. €").	Bei Hilfsmitteln mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR (außerhalb einer Unfall- oder Notfallerversorgung) muss der Concierge-Service des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt werden, ansonsten reduziert sich die Erstattung auf 75% (statt 100%). Der Versicherer verpflichtet sich, das Hilfsmittel unverzüglich in medizinisch notwendiger Ausführung über einen Dienstleister zur Verfügung zu stellen oder aber dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel im Sanitätshaus seiner Wahl selbst beschaffen kann.	Bei Hilfsmitteln mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR (außerhalb einer Unfall- oder Notfallerversorgung) muss der Concierge-Service des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt werden, ansonsten reduziert sich die Erstattung auf 75% (statt 100%). Der Versicherer verpflichtet sich, das Hilfsmittel unverzüglich in medizinisch notwendiger Ausführung über einen Dienstleister zur Verfügung zu stellen oder aber dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel im Sanitätshaus seiner Wahl selbst beschaffen kann.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Heimdialysegeräte bei Nierenversagen sind erstattungsfähig.	✔ Erstattet wird die Pauschale zur Abgeltung der Sach- und nichtärztlichen Dienstleistungen sowie die Kosten des Heimdialysegerätes.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörhilfen (elektronische Hörgeräte) und elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperation sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörhilfen werden zu 100% erstattet, bis max. - 3.000 EUR für eine teilweise im Körper eingesetzte Hörhilfe (sogenannte „BAHA-Geräte“) - 1.500 EUR für jede andere Hörhilfe.  Sprechgeräte werden ohne betragliche Begrenzung vergütet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte und Tinnitus-Masker/ Noiser werden pro Ohr bis max. 2.500 EUR innerhalb eines Kalenderjahres erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörhilfen sind bis 2.500 EUR je Ohr erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, werden die dafür erforderlichen Hörgeräte bis max. 4.000 EUR je Ohr vergütet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörhilfen sind bis 1.500 EUR je Ohr erstattungsfähig, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, werden die dafür erforderlichen Hörgeräte bis max. 4.000 EUR je Ohr vergütet.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe werden zu 100% bis max. 2.000 EUR p. a. erstattet.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattet werden orthopädische Schuhe - abzüglich einem Eigenanteil von 100 EUR - bzw. Schuhzurichtungen (max. 4 Paare innerhalb von 2 Kalenderjahren).	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattet werden orthopädische Schuhe - abzüglich einem Eigenanteil von 100 EUR - bzw. Schuhzurichtungen (max. 4 Paare innerhalb von 2 Kalenderjahren).
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Blindenführhunde (Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenführhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (inkl. Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (inkl. Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Haarersatz (Toupetts bzw. Perücken) wird bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben vergütet.	✔ 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. 500 EUR je Perücke erstattet.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja. Erstattungsfähig sind Stützapparate einschl. Liegeschalen.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Sehhilfen</b>						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) einschl. Reparaturen werden bis 600 EUR erstattet; auch ohne ärztliche Verordnung bei vorheriger Refraktionsbestimmung durch einen Optiker.  nicht erstattungsfähig: Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen	✔ Erstattet werden bis insgesamt 500 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.	✔ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 250 EUR erstattet.	✔ Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) einschl. Reparaturen werden bis 300 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.	✔ Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) werden bis 500 EUR erstattet; sie können auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.	✔ Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) werden bis 300 EUR erstattet; sie können auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✔ Sehhilfe sind innerhalb von 24 Monaten oder bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn 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.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.
<b>- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung</b>						
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	✔ Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen werden erstattet.	✔ Operative Sehschärfen-Korrekturen (etwa LASIK, LASEK, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen) werden bis 1.500 EUR je Auge erstattet.	⚠ Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 1.500 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	✔ Brechkraftverändernde Operationen werden bis 2.000 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).	✔ Ärztliche Leistungen und Arzneimittel bei einer medizinisch notwendigen operativen Sehschärfenkorrektur sind innerhalb von 5 Kalenderjahren bis insgesamt 5.000 EUR für beide Augen erstattungsfähig.  Der Versicherer rät dringend zur Vorlage eines Kostenvoranschlags des operierenden Arztes.	⚠ Ärztliche Leistungen und Arzneimittel bei einer medizinisch notwendigen operativen Sehschärfenkorrektur sind - in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn bis 500 EUR pro Auge - ab dem 25. Monat bis 1.000 EUR pro Auge (alle 24 Monate) erstattungsfähig.  Der Versicherer rät dringend zur Vorlage eines Kostenvoranschlags des operierenden Arztes. Hinweis: in den ersten 24 Monaten: 1.000 EUR
<b>Psychotherapie</b>						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Psychoanalyse/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.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb eines Kalenderjahres - bis zur 20. Sitzung: keine Selbstbeteiligung - ab der 21. Sitzung: 10% Selbstbeteiligung  Die nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: 20% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie bis zur 30. Sitzung eines Kalenderjahres, ab der 31. Sitzung eines Kalenderjahres 100%ige Erstattung.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die ersten 50 Therapiestunden je Versicherungsfall (inkl. probatorischer Sitzungen) sind zu 100% erstattungsfähig, darüber hinaus zu 80%.	Pro Versicherungsfall werden die ersten 25 Therapiestunden (inkl. probatorischer Sitzungen) zu 90%, alle darüberhinausgehenden Stunden zu 75% erstattet.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Ambulante Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Bei nichtärztlicher Psychotherapie ist die Diagnosestellung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Neurologie einzureichen.	✘ Ambulante Psychotherapie ist nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern sie medizinisch notwendig ist (probatorische Sitzungen bedürfen keiner Zusage). Bei nichtärztlicher Psychotherapie ist die Diagnosestellung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Neurologie einzureichen.
<b>Ambulante Transporte</b>						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder Krankenhaus sind erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen* nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.  * ärztliche Bescheinigung 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 bzw. Heilpraktiker oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.	✔ Übernommen werden bei Strahlentherapie wg. Krebs, Chemotherapie oder Dialyse medizinisch notwendige - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Arzt, Heilmittelerbringer oder Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn der nächste geeignete Leistungserbringer weiter weg ist, auch die Kosten dorthin.	✔ Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zur Dialyse, Chemotherapie und Strahlentherapie; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✔ 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.	✔ Krankenfahrten* von oder zu einer ambulant durchgeführten Dialysebehandlung, einer Strahlen- oder Chemotherapie sind erstattungsfähig; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.  Die erkennbare Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherer ist berechtigt, solche Krankenfahrten zukünftig zu organisieren (VN wird dann im Voraus entsprechend informiert).  Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).  * auch privater PKW (Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer auf direktem Weg), Taxi, öffentlicher Personennahverkehr	✔ Krankenfahrten* von oder zu einer ambulant durchgeführten Dialysebehandlung, einer Strahlen- oder Chemotherapie sind erstattungsfähig; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.  Die erkennbare Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherer ist berechtigt, solche Krankenfahrten zukünftig zu organisieren (VN wird dann im Voraus entsprechend informiert).  Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).  * auch privater PKW (Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer auf direktem Weg), Taxi, öffentlicher Personennahverkehr

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	<p>✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder Krankenhaus sind erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg wg. Gehunfähigkeit* nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.</p> <p>* ärztliche Bescheinigung ist vorzulegen (bei eindeutigen Indikationen kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden)</p> <p>Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt bzw. Heilpraktiker oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.</p> <p>Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten und -transporte bei Bestehen von Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 (keine Bescheinigung (s. Leistungstext) erforderlich).</p>	<p>✔ Übernommen werden bei Gehunfähigkeit medizinisch notwendige</p> <p>⚠ - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber</p> <p>- Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist</p> <p>- 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.</p> <p>Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten/Transporte bei</p> <p>- ambulanten Operationen oder nachoperativer Behandlung</p> <p>- Apherese</p> <p>- Sehunfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung</p> <p>- medizinischer Reha (auch ambulanter Anschlussheilbehandlung).</p>	<p>✔ Ja, Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit sind erstattungsfähig, sofern die Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht.</p> <p>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.</p> <p>Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.</p>	<p>✔ 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.</p> <p>Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.</p>	<p>✔ Krankenfahrten* von oder zu einer ambulant durchgeführten Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.</p> <p>Die erkennbare Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherer ist berechtigt, solche Krankenfahrten zukünftig zu organisieren (VN wird dann im Voraus entsprechend informiert).</p> <p>Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).</p> <p>* auch privater PKW (Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer auf direktem Weg), Taxi, öffentlicher Personennahverkehr Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten von und zu</p> <p>- einer ambulant durchgeführten Operation</p> <p>- einer ambulant durchgeführten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist sowie</p> <p>- bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr.</p>	<p>✔ Krankenfahrten* von oder zu einer ambulant durchgeführten Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegenen im Sinne der Bedingungen.</p> <p>Die erkennbare Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherer ist berechtigt, solche Krankenfahrten zukünftig zu organisieren (VN wird dann im Voraus entsprechend informiert).</p> <p>Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).</p> <p>* auch privater PKW (Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer auf direktem Weg), Taxi, öffentlicher Personennahverkehr Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten von und zu</p> <p>- einer ambulant durchgeführten Operation</p> <p>- einer ambulant durchgeführten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist sowie</p> <p>- bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr.</p>



































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	<p>✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder Krankenhaus sind erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen* nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.</p> <p>* ärztliche Bescheinigung ist vorzulegen (bei eindeutigen Indikationen kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden)</p> <p>Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt bzw. Heilpraktiker oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenes im Sinne der Bedingungen.</p> <p>nicht erstattungsfähig: sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus</p>	<p>s. vorherigen Leistungspunkt</p>	<p>⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahrtüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).</p>	<p>✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus sind auch bei Gehfähigkeit erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus anderen medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Eine ärztliche Bescheinigung über die medizinischen Gründe ist (außer bei Unfällen) vorzulegen. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenes im Sinne der Bedingungen.</p>	<p>s. vorherigen Leistungspunkt</p>	<p>s. vorherigen Leistungspunkt</p>
- Ambulante Notfalltransporte?	<p>✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus sind bei Unfällen oder medizinischen Notfällen erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.</p> <p>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.</p>	<p>✔ Übernommen werden bei Unfall oder Notfall medizinisch notwendige</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber</li> <li>- Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Erstattet werden auch die Kosten für Notarztfahrten, nicht jedoch für die Suche, Bergung oder Rettung nach einem Unfall.</p>	<p>✔ Ja. Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Notfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.</p>	<p>✔ Bei Notfällen sind Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus erstattungsfähig. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenes im Sinne der Bedingungen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte zur ambulanten Notfallbehandlung und - im Rahmen eines Rettungstransportes - die Fahrtkosten des Notarztes.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte zur ambulanten Notfallbehandlung und - im Rahmen eines Rettungstransportes - die Fahrtkosten des Notarztes.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	  Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.  Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen. Hinweis: Bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind auch ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschl. der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.	  keine zusätzliche Selbstbeteiligung bei Bezug - von Generika - eines Originals, für dessen Wirkstoff ein Austauschverbot besteht (maßgeblich ist die jeweils aktuelle Substitutionsausschlussliste des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V).  Erstattet werden auch Harntest- und Blutteststreifen (keine Schwangerschaftstests) und Verbandmittel. Hinweis: Eigenanteil von jeweils 10 EUR, bis insgesamt max. 1.000 EUR p. a., wenn Originalpräparate bezogen werden, obwohl dafür Generika im Handel verfügbar sind.  Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung sowie Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“) werden bis zum 22. Geburtstag erstattet. Die Mittel müssen in der Apotheke gekauft werden.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.  Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen.	  Arznei-/Verbandmittel (auch Harn- und Blutteststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Verordnete Arzneimittel zur Empfängnisverhütung werden vergütet, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.  Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist; der Versicherte ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.	  Arznei-/Verbandmittel (auch Harn- und Blutteststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Verordnete Arzneimittel zur Empfängnisverhütung werden vergütet, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.  Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist; der Versicherte ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	 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.	 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.	 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.	 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.	 Als Arzneimittel im Sinne der Bedingungen gelten auch - enterale und parenterale Ernährung - bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.  nicht als Arzneimittel gelten: sonstige Nahrungsergänzungsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Verbesserung des Haarwuchses sowie Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel	 Als Arzneimittel im Sinne der Bedingungen gelten auch - enterale und parenterale Ernährung - bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.  nicht als Arzneimittel gelten: sonstige Nahrungsergänzungsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Verbesserung des Haarwuchses sowie Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel
<b>sonstiges</b>						
- medizinische Versorgungszentren?	 Ja. Der versicherten Person steht auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder in einer Ärztesellschaft tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den sozialpädiatrischen Zentren.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	 Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	 Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhaus- und Notfallambulanzen sind erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhaus- und Notfallambulanzen sind erstattungsfähig.



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	<p>✔ Erstattungsfähig sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege* (z. B. Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung) durch geeignete Pflegekräfte und für Intensiv-Behandlungspflege</li> <li>- zusätzliche Aufwendungen für Grundpflege** und hauswirtschaftliche Versorgung** im Zusammenhang mit einer ärztlich verordneten Behandlungspflege (einschl. Intensivbehandlungspflege) für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall.</li> </ul> <p>Die Leistungen bedürfen der vorherigen Zusage durch den Versicherer.</p> <p>* wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist</p> <p>** Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht angemessen pflegen und versorgen kann</p> <p>Hat der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband geschlossen, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der Pflegepflichtversicherung sind anzurechnen.</p>	<p>✔ Ja. Verordnete Krankenpflege ist mitversichert; sie umfasst</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) außerklinische Intensivpflege durch geeignete Pflegekräfte</li> <li>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.</li> </ol> <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"> <li>- 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)</li> <li>- für pflegerische Maßnahmen, für die die private Pflegepflichtversicherung zuständig ist, wird nicht geleistet</li> </ul> <p>zu b)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, die einen Krankenhausaufenthalt vermeidet oder abkürzt</li> <li>- medizinische Leistungen, die die ärztliche Behandlung ermöglichen und sichern (etwa Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel)</li> <li>- Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn kurzfristig keine Selbstversorgung möglich ist (etwa nach OP oder Behandlung im Krankenhaus)</li> </ul>	<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) erstattet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen.</p> <p>Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstattet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nötig, aber nicht durchführbar ist oder dadurch eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird - pro Versicherungsfall max. 4 Wochen.</p> <p>Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche verordnete</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte,</li> <li>- Intensiv-Behandlungspflege sowie in diesem Zusammenhang zusätzliche Aufwendungen für</li> <li>- 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).</li> </ul> <p>Die Leistungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband geschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte. Leistungen von anderen Kostenträgern (z. B. Pflegepflichtversicherung) sind anzurechnen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind, der vom Arzt verantwortet, aber nicht von ihm durchgeführt werden muss.</p> <p>Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung und besteht kein Anspruch gegenüber der PPV sind darüber hinaus Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.</p> <p>Es können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen GKV geschlossen haben. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen; andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind, der vom Arzt verantwortet, aber nicht von ihm durchgeführt werden muss.</p> <p>Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung und besteht kein Anspruch gegenüber der PPV sind darüber hinaus Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.</p> <p>Es können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen GKV geschlossen haben. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen; andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte.</p>






# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Palliativversorgung?	<p>✔ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig; sie muss ärztlich verordnet sein und durch einen Arzt oder eine SAPV-Fachkraft durchgeführt werden.</p> <p>Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund von einer zugleich begrenzten Lebenserwartung auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.</p> <p>Die Versorgung kann im häuslichen Umfeld (auch Senioren- oder Pflegeeinrichtungen) erfolgen.</p> <p>Hat der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen, 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 oder der Pflegepflichtversicherung sind anzurechnen.</p>	<p>✔ Ärztlich verordnete SAPV wird erstattet, wenn der Leistungserbringer einen Vertrag nach § 132 d SGB V hat - bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach dieser Vergütungsvereinbarung verlangen kann.</p> <p>Die versicherte Person muss an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die ihre Lebenserwartung begrenzt und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p>	<p>✔ Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist versichert, vorausgesetzt, es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und die Palliativ-Versorgung ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person (auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize). Erstattet werden ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation bis zu dem Betrag, der auch für einen GKV-Versicherten für die Versorgung abgerechnet wird.</p> <p>Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.</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.</p> <p>Leistungen von anderen Kostenträgern (z. B. Pflegeversicherung) werden angerechnet.</p>	<p>✔ Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung haben Versicherte Anspruch auf Leistungen durch ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (oder durch ambulante Hospizdienste).</p> <p>Es können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen GKV geschlossen haben (oder ambulante Hospizdienste, die von einer GKV gefördert werden).</p> <p>Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen; andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte.</p>	<p>✔ Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung haben Versicherte Anspruch auf Leistungen durch ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (oder durch ambulante Hospizdienste).</p> <p>Es können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen GKV geschlossen haben (oder ambulante Hospizdienste, die von einer GKV gefördert werden).</p> <p>Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen; andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte.</p>
<b>Kurleistung ambulant</b>						
- Kuren ambulant?	<p>✔ Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig.</p> <p>Anspruch besteht erstmals nach 2-jähriger Versicherungsdauer; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren, gerechnet vom Ende der Kur- und Sanatoriumsbehandlung.</p> <p>Der Versicherer ist nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz gesetzlicher Leistungen (z. B. durch Unfall- oder Rentenversicherung) notwendig bleiben.</p> <p>Für ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlungen wird auch ein Kurtagegeld von 20 EUR gezahlt, für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren (als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns).</p>	<p>✔ Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 1.500 EUR erstattet.</p> <p>* ärztliche Leistungen, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe</p>	<p>✔ Erstattet werden bei ambulanten (und stationären) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ Aufwendungen* für ärztlich angeordnete Kurbehandlungen werden zu 80% erstattet. Ein Anspruch besteht erstmals nach 2-jähriger Versicherungsdauer; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.</p> <p>* ärztliche medizinische/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel</p>	<p>✔ Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann. Vergütet werden neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen - bis insgesamt (inkl. sonstiger ambulanter und stationärer Reha-Maßnahmen, die weder eine AHB noch eine Entwöhnungsbehandlung darstellen (s. hierzu gesonderte Leistungspunkte) sowie stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) max. 5.000 EUR innerhalb von 5 Kalenderjahren.</p> <p>Der Versicherer empfiehlt das Einholen einer Zusage vor Antritt der Maßnahme.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) haben Vorrang.</p>	<p>✔ Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann. Vergütet werden neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen - bis insgesamt (inkl. sonstiger ambulanter und stationärer Reha-Maßnahmen, die weder eine AHB noch eine Entwöhnungsbehandlung darstellen (s. hierzu gesonderte Leistungspunkte) sowie stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) max. 5.000 EUR innerhalb von 10 Kalenderjahren.</p> <p>Der Versicherer empfiehlt das Einholen einer Zusage vor Antritt der Maßnahme.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) haben Vorrang.</p>
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p>✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✔ Ja. Es besteht keine Leistungseinschränkung für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>✔ Ja. Es besteht keine Leistungseinschränkung für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Ambulant</b>						
Sonstiges	<p>✓ zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 zertifizierte Präventionskurse, bis insgesamt 200 EUR p. a. (mind. 80%ige Teilnahme muss nachgewiesen werden)</li> <li>- die im Rahmen einer ambulanten telemedizinischen Behandlung erbrachten ärztlichen Leistungen</li> <li>- ambulante OP (§ 115b SGB V), ambulante Behandlungen im Krankenhaus (§ 39 SGB V)</li> <li>- Hinzuziehen einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist</li> <li>- ambulante Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall</li> <li>- Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen, bis 100 EUR pro Kalendertag</li> <li>- sozialpädiatrische Behandlung von Kindern/Jugendlichen und Frühförderungsbehandlungen</li> <li>- 100 EUR Tagegeld bei Erkrankung eines Kindes, für max. 15 Tage p. a.</li> <li>- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen/Entbindungspfleger einschl. einer in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus</li> <li>- Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungsgymnastik, Beratung/Unterstützung durch Hebammen/Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld</li> <li>- ärztliche Beratung und Untersuchung wegen schwangerschaftsvermeidenden und schwangerschaftsunterstützenden Maßnahmen</li> </ul> <p>Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>Aufwendungen für Arznei- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Nachweise zusammen mit denjenigen des Behandlers vorgelegt werden.</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"> <li>- zertifizierte Gesundheitskurse (z. B. zur Suchtprävention, Stressbewältigung und Bewegungsprogramme) bis 200 EUR p. a.; Kosten können über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht werden</li> <li>- Frühförderung in Frühförderstellen (vor der Einschulung)</li> <li>- sozialpädiatrische Behandlung (bis zum 18. Geburtstag)</li> <li>- ärztlich verordnete Soziotherapie (120 Stunden je laufende Behandlung)</li> <li>- Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprach- und Schriftdolmetscher)</li> <li>- Betreuungspauschale für erkranktes, höchstens 11 Jahre altes oder behindertes Kind (50 EUR tgl., max. 15 Tage p. a.); Kind und betreuender Elternteil müssen in einem der MeinGesundheitsschutz-Tarife versichert sein</li> <li>- Geburtsvorbereitung (auch Schwangerschaftsgymnastik) und Rückbildungsgymnastik</li> <li>- Behandlung und Unterkunft im Geburtshaus</li> <li>- Haushaltshilfen (bis 50 EUR tgl., max. 30 Tage p. a.)</li> <li>- ärztlich verordnete Alternativmedizin durch Hebammen, Entbindungspfleger, Angehörige staatlich anerkannter Assistenz-Berufe</li> </ul> <p>Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ AM30:</p> <p>Versichert sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühförderung als Heilbehandlung wegen Krankheit, sofern Sozialhilfeträger nicht leistet</li> <li>- Soziotherapie - max. 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren</li> <li>- Bei Fachkräften für Soziotherapie werden nur die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden</li> <li>- 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</li> <li>- Keine Erstattung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen oder Fitnesszentren</li> <li>- Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a.</li> <li>- Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprach- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen</li> <li>- medizinische Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke, bis max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a.</li> </ul> <p>Die genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ weitere tarifliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verordnete Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall (Vorlage Betreuungsplan + schriftliche Leistungszusage des Versicherers vorab erforderlich)</li> <li>- Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (Vorlage Überweisung durch niedergelassenen und approbierten Arzt erforderlich)</li> <li>- Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers</li> <li>- Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungsgymnastik, Beratung/Unterstützung durch Hebamme/Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld.</li> <li>- Die genauen/Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</li> </ul>	<p>✓ Versichert/Erstattungsfähig sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendungen für Soziotherapie, bis 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- Bergungskosten, bis 2.500 EUR pro Versicherungsfall</li> <li>- Aufwendungen, die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellt werden</li> <li>- besondere Leistungen für Minderjährige: nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, einmalige Pauschale von 10.000 EUR bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, 100 EUR Krankenhausstagegeld bei schweren Erkrankungen (max. 70 Tage während gesamter Vertragsdauer)</li> <li>- besondere Leistungen für Erwachsene (ab Alter 21): elektronische Geräte/Dienstleistungen, z. B. Gesundheits-Apps (s. auch Leistungspunkt "DIGA"), Anti-Stress-Training, Untersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten, bis insgesamt 360 EUR alle 36 Monate</li> </ul> <p>Weitere Details/Leistungsvoraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✓ Versichert/Erstattungsfähig sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendungen für Soziotherapie, bis 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- Bergungskosten, bis 2.500 EUR pro Versicherungsfall</li> <li>- Aufwendungen, die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellt werden</li> <li>- besondere Leistungen für Minderjährige: nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, einmalige Pauschale von 10.000 EUR bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, 100 EUR Krankenhausstagegeld bei schweren Erkrankungen (max. 50 Tage während gesamter Vertragsdauer)</li> </ul> <p>Weitere Details/Leistungsvoraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
			<p>VP: Erstattungsfähig sind Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches, fünftes Buch (SGB V), entsprechen (Kurse, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung - vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen). Die Erstattung erfolgt nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80% der Kurseinheiten und ist begrenzt auf maximal 100 EUR je Kalenderjahr.</p> <p>Der Versicherer stellt einen Beratungsservice für die medizinisch-psychologische Beratung der Versicherten zur Verfügung. Die Beratung erfolgt anonym und kann telefonisch in Anspruch genommen werden.</p>			




































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Stationär</b>						
- 1-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer (oder auch Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer (oder auch Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
<b>Gebührenordnung Stationär</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ 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?	✔ Aufwendungen werden über den Höchstsätzen der GOÄ erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet sind und den Anforderungen der Gebührenordnung entsprechen.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung).	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung).	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Es wird max. bis zum 5,0-fachen GOÄ-Satz geleistet (bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung).







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja. Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.	 innerhalb der EU/des EWR: 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. Hinweis: außerhalb der EU/des EWR: Die für Behandlungen in Deutschland geltenden Prozentsätze reduzieren sich um 20%, wenn - die versicherte Person in Deutschland vollständig behandelt werden könnte oder - der Versicherer für die Auslandsbehandlung vor Reisebeginn keine schriftliche Zusage erteilt hat.	 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, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.   außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), wenn die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.   außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
<b>Privatkliniken</b>						
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	 Erstattungsfähig sind die von einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) unterliegt (Privatklinik), berechneten Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschl. ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten. Hinweis: Entwöhnungsbehandlungen in Privatkliniken sind nicht erstattungsfähig.	 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 KHEntG/BPFIV einschl. 1-/2-Bettzimmer	 Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Krankenhausleistungen in Kliniken, die nicht dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) unterliegen.	 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.	 Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) fällt, werden bei einer Behandlung in Deutschland neben den Leistungen gemäß b) bis f) der Bedingungen* max. 200% der Fallpauschale gem. KHEntG bzw. der tagesgleichen Pflegesätze nach BPFIV erstattet.   Bei einer Behandlung im Ausland gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Behandlungs- und Unterbringungskosten, die nicht durch Leistungen gemäß b) bis f) der Bedingungen* abgegolten werden.   * gesondert berechenbare Unterkunftszuschläge, wahlärztliche, privatärztliche, belegärztliche Leistungen, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger, gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson	 Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) fällt, werden bei einer Behandlung in Deutschland neben den Leistungen gemäß b) bis f) der Bedingungen* max. 150% der Fallpauschale gem. KHEntG bzw. der tagesgleichen Pflegesätze nach BPFIV erstattet.   Bei einer Behandlung im Ausland gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Behandlungs- und Unterbringungskosten, die nicht durch Leistungen gemäß b) bis f) der Bedingungen* abgegolten werden.   * gesondert berechenbare Unterkunftszuschläge, wahlärztliche, privatärztliche, belegärztliche Leistungen, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger, gesondert berechenbare Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✔ Falls von einem Krankenhaus nicht nach der BPrIV bzw. dem KHEntG abgerechnet wird, gelten die Leistungen für die *1. Klasse* oder die „2. Klasse“.	⚠ Die Kosten für die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer werden insgesamt (einschl. aller anderen Kosten, s. vorherigen Leistungspunkt) bis zu 250% der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung verlangt hätte, erstattet. Hinweis: Gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattet werden die Kosten für - die separat berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer (Wahlleistung) - separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (Wahlleistungen einschl. Belegärzte).	✔ Bei 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.	✔ Ja, keine Begrenzung; privatärztliche Behandlungen sind auch erstattungsfähig.	✔ Ja, keine Begrenzung; privatärztliche Behandlungen sind auch erstattungsfähig.
<b>Stationär</b>						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Erstattungsfähig sind Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.  Erstattungsfähig sind auch - einmalig pro Versicherungsfall - Aufwendungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands (Wunschverlegung), wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mind. 7 Tage andauern wird und der Transport medizinisch vertretbar ist.	✔ Übernommen werden 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.  Für Fahrten bei einem Krankenhausaufenthalt übernimmt der Versicherer die Kosten, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann.	⚠ Ja. Versichert sind: - medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus - medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung, sofern sie nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sind - 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. 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.	✔ 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.  Medizinisch notwendige Krankenfahrten* von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung im Krankenhaus sowie Krankenfahrten* von oder zu einer vor-, nach- oder tagsstationären Behandlung werden ebenfalls vergütet; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegene im Sinne der Bedingungen. Die erkennbare Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherer ist berechtigt, solche Krankenfahrten zukünftig zu organisieren (VN wird dann im Voraus entsprechend informiert). Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).  * auch privater PKW (Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer auf direktem Weg), Taxi, öffentlicher Personennahverkehr	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte von oder zur stationären Behandlung und - im Rahmen eines Rettungstransportes - die Fahrtkosten des Notarztes.  Medizinisch notwendige Krankenfahrten* von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung im Krankenhaus sowie Krankenfahrten* von oder zu einer vor-, nach- oder tagsstationären Behandlung werden ebenfalls vergütet; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegene im Sinne der Bedingungen. Die erkennbare Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherer ist berechtigt, solche Krankenfahrten zukünftig zu organisieren (VN wird dann im Voraus entsprechend informiert). Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).  * auch privater PKW (Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer auf direktem Weg), Taxi, öffentlicher Personennahverkehr	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte von oder zur stationären Behandlung und - im Rahmen eines Rettungstransportes - die Fahrtkosten des Notarztes.  Medizinisch notwendige Krankenfahrten* von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung im Krankenhaus sowie Krankenfahrten* von oder zu einer vor-, nach- oder tagsstationären Behandlung werden ebenfalls vergütet; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegene im Sinne der Bedingungen. Die erkennbare Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherer ist berechtigt, solche Krankenfahrten zukünftig zu organisieren (VN wird dann im Voraus entsprechend informiert). Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).  * auch privater PKW (Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer auf direktem Weg), Taxi, öffentlicher Personennahverkehr

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	 Bei Verzicht auf gesondert berechenbare - ärztliche Wahlleistungen und/oder - Unterkunft im 1-/2-Bettzimmer werden jeweils 50 EUR für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages gezahlt.  Häufiges Krankenhaustagegeld bis zum Ende des Monats, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.	 Zahlung eines Krankenhaustagegeldes 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.  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.	 Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ein 2-Bettzimmer gewählt, werden 20 EUR täglich gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer 40 EUR und bei Verzicht auf separat vereinbarte privatärztliche Behandlung 60 EUR. Bei teilstationärer, vor- und nachstationärer Behandlung sowie bei ambulanten stationärsetzenden Operationen erfolgt keine Zahlung.	 Für Erwachsene* wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt bei - Unterbringung im 3- oder Mehrbettzimmer. - Verzicht auf privatärztliche Behandlung.  * Kinder und Jugendliche, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten die hälftigen Sätze.	 Bei Verzicht auf privatärztliche Leistungen (weder Wahl- noch Belegarzt) während des gesamten Krankenhausaufenthaltes wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 60 EUR gezahlt. Für jeden Tag, an dem eine gesondert berechenbare Unterbringung für das 2-Bettzimmer bzw. keine gesondert berechenbare Unterbringung in Anspruch genommen wurde, werden 35 EUR bzw. 55 EUR gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.  Es muss sich jeweils um einen akutstationären Krankenhausaufenthalt handeln, für den der Versicherer leistungspflichtig ist.	 Bei Verzicht auf privatärztliche Leistungen (weder Wahl- noch Belegarzt) während des gesamten Krankenhausaufenthaltes wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 60 EUR gezahlt. Für jeden Tag, an dem keine gesondert berechenbare Unterbringung in Anspruch genommen wurde, werden 20 EUR gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.  Es muss sich jeweils um einen akutstationären Krankenhausaufenthalt handeln, für den der Versicherer leistungspflichtig ist.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	 Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	 Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	 Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	 Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	 Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt (bei überwiegend psychotherapeutischer Behandlung) hiervon unberührt.	 Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt (bei überwiegend psychotherapeutischer Behandlung) hiervon unberührt.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusatzerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	 Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelte oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung eine Anschlussheilbehandlung (AHB) anschließt.	 Bei Behandlungen in gemischten Krankenanstalten ist keine Zusage erforderlich.	 Der Versicherer erstattet die Kosten für medizinisch notwendige akut-stationäre Heilbehandlung in gemischten stationären Einrichtungen.	 Die tariflichen Leistungen werden auch ohne vorherige schriftliche Zusage gewährt, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelte, - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, - bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte festgestellt wird, dass bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben worden wäre, oder - es sich um eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (s. auch Leistungspunkt "stationäre Anschlussreha"), für die der Versicherer leistungspflichtig ist, handelte.	 Eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - eine akut stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wird oder - es sich um eine Notfallbehandlung handelt oder - das Krankenhaus das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten ist oder - eine Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird (Versicherer empfiehlt hier dennoch das Einholen einer Zusage). Hinweis: Eine Zusage in Textform ist nur bei akutstationärer Behandlung bzw. stationärer Rehabilitation erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung oder eine Entwöhnung handelt.	 Eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - eine akut stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wird oder - es sich um eine Notfallbehandlung handelt oder - das Krankenhaus das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten ist oder - eine Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird (Versicherer empfiehlt hier dennoch das Einholen einer Zusage). Hinweis: Eine Zusage in Textform ist nur bei akutstationärer Behandlung bzw. stationärer Rehabilitation erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung oder eine Entwöhnung handelt.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig (in "gemischten Anstalten" nur nach Zusage).	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig (in "gemischten Anstalten" nur nach Zusage).











# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	<p>✔ Ja. Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner stationären Behandlung in einem Krankenhaus bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erfolgen kann.; bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.</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).</p> <p>Der Anspruch aus der privaten Pflegepflichtversicherung hat Vorrang.</p> <p>* selbstständige Einrichtung mit dem Versorgungsauftrag, unheilbar kranke Patienten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinisch zu behandeln</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>✔ Ja. Ärztlich verordnete stationäre Hospizaufenthalte sind erstattungsfähig; Leistungen anderer Kostenträger (z. B. aus der Pflegeversicherung) werden angerechnet.</p>	<p>✔ Ja, (teil-)stationäre Hospizleistungen* sind erstattungsfähig. 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 könnte.</p> <p>* selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Behandlungen zu erbringen</p>	<p>✔ Ja, (teil-)stationäre Hospizleistungen* sind erstattungsfähig. 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 könnte.</p> <p>* selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Behandlungen zu erbringen</p>
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung max. 11 Jahre alt 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>✔ 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>✔ 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>	<p>✔ Ja. Bei akuten stationärer Behandlung sind gesondert berechenbare Unterbringungskosten einer erwachsenen Begleitperson erstattungsfähig, sofern die versicherte Person bei Beginn des stationären Aufenthaltes das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.</p>	<p>✔ Ja. Bei akuten stationärer Behandlung sind gesondert berechenbare Unterbringungskosten einer erwachsenen Begleitperson erstattungsfähig, sofern die versicherte Person bei Beginn des stationären Aufenthaltes das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.</p>
- Kuren stationär?	<p>✔ Aufwendungen für ärztlich angeordnete stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig, bis zu 55 EUR je Tag für max. 28 Tage. Anspruch besteht erstmals nach 2-jähriger Versicherungsdauer; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren, gerechnet vom Ende der Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung. Der Versicherer ist nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz gesetzlicher Leistungen (z. B. durch Unfall- oder Rentenversicherung) notwendig bleiben.</p> <p>Für ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlungen wird auch ein Kurtagegeld von 20 EUR gezahlt, für max. 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren (als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns).</p>	<p>✔ Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 1.500 EUR erstattet.</p> <p>* ärztliche Leistungen, Unterkunft und Verpflegung in der Kurklinik, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe</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. 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ Aufwendungen* für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlungen werden bis zu 30 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>	<p>✔ Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann - bis insgesamt (inkl. sonstiger ambulanter und stationärer Reha-Maßnahmen, die weder eine AHB noch eine Entwöhnungsbehandlung darstellen (s. hierzu gesonderte Leistungspunkte) sowie ambulanter Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) max. 5.000 EUR innerhalb von 5 Kalenderjahren.</p> <p>Der Versicherer empfiehlt das Einholen einer Zusage vor Antritt der Maßnahme.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) haben Vorrang.</p>	<p>✔ Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann - bis insgesamt (inkl. sonstiger ambulanter und stationärer Reha-Maßnahmen, die weder eine AHB noch eine Entwöhnungsbehandlung darstellen (s. hierzu gesonderte Leistungspunkte) sowie ambulanter Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) max. 5.000 EUR innerhalb von 10 Kalenderjahren.</p> <p>Der Versicherer empfiehlt das Einholen einer Zusage vor Antritt der Maßnahme.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) haben Vorrang.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Sonstiges	Keine Leistung vorhanden.	 Erstattungsfähig sind auch Kosten für eine Übergangspflege, bis zu 10 Tage je Krankenhausbehandlung. Voraussetzungen/ weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	 Versichert sind auch: - ambulante stationersetzende Operationen bei Vorlage eines Kostenvorschlages vor Behandlungsbeginn + Fahrten und Transporte (bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer); keine Erstattung der Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen (z. B. für Übernachtungen und/oder Verpflegung) - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdens- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a.  Die genauen/weiteren Voraussetzungen/ Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	 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 - Wunscherlegung: innerhalb Deutschlands in ein mind. 50 km entferntes Krankenhaus, 1x pro Versicherungsfall (vollstationäre Behandlung muss nach Verlegung voraussichtlich noch mind. 7 Tage andauern, der Transport muss medizinisch vertretbar sein + die Verlegung vom Versicherer organisiert werden). Die genauen/Weitere Leistungsvoraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.  Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt werden zu den unter dem Punkt "Zahn" genannten %-Sätzen erstattet.	 Eine stationäre zahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus allgemeinmedizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann. Es wird angeraten, das Vorliegen der stationären Indikation vor Behandlungsbeginn abzuklären. Bei stationärer Behandlung sind ärztliche Leistungen gem. den in Tarifbedingungen genannten Regelungen "Ambulante zahnärztliche Behandlung" erstattungsfähig. Alle anderen im Rahmen einer stationären zahnärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen werden zu 100% vergütet.	 Eine stationäre zahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus allgemeinmedizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann. Es wird angeraten, das Vorliegen der stationären Indikation vor Behandlungsbeginn abzuklären. Bei stationärer Behandlung sind ärztliche Leistungen gem. den in Tarifbedingungen genannten Regelungen "Ambulante zahnärztliche Behandlung" erstattungsfähig. Alle anderen im Rahmen einer stationären zahnärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen werden zu 100% vergütet.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung (%)?	<p>Zahnbehandlung* (einschl. vorbeugender Maßnahmen (auch PZR)) ist zu 100% erstattungsfähig.</p> <p>* hierzu gehören u. a./insbesondere auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen</li> <li>- DROS-Schienen</li> <li>- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip</li> <li>- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON)</li> </ul>	<p>GSP90: Die Kosten für Zahnbehandlung sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.</p> <p>GSZ90: Zahnbehandlung (einschl. Prophylaxe* und professionelle Zahnreinigung (PZR)) wird zu 100% erstattet.</p> <p>* u. a.: Fissurenversiegelung, Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen, Reinigung der Zahnzwischenräume, Oberflächenpolitur, geeignete Fluoridierungsmaßnahmen</p> <p>Erstattung bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PZR 1x p. a., bis 130 EUR</li> <li>- Kontrolluntersuchungen 2x p. a., bis jeweils 60 EUR (ohne Anrechnung auf die Summenbegrenzung/Zahnstapel)</li> </ul>	<p>Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>Zahnbehandlung (einschl. zahnpflichtiger Leistungen) ist zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>Zahnbehandlung (einschl. Individualprophylaxe) ist zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.</p> <p>Individualprophylaxe: Die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) aufgeführten prophylaktischen Leistungen sind zu 100% erstattungsfähig. Professionelle Zahnreinigung wird 2x p. a. bis jeweils 125 EUR erstattet; betragliche Begrenzung entfällt, sofern der Versicherte mit einem Zahnärztnetzwerk zusammenarbeitet und die PZR von einem Mitglied dieses Zahnärztnetzwerkes verantwortet wird.</p>
Zahnersatz (%)?	<p>Zahnersatz* ist zu 90% erstattungsfähig.</p> <p>* hierzu gehören insbesondere auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhalsen</li> <li>- Kunststoff- und Keramikverblendungen</li> <li>- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren)</li> </ul>	<p>GSP90: Die Kosten für Zahnersatz sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.</p> <p>GSZ90: Zahnersatz (einschl. Keramikverblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne) wird zu 90% erstattet.</p>	<p>Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.</p>	<p>Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.</p>	<p>Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.</p> <p>⚠ Erstattungsfähig sind sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen; bei metallischer Versorgung werden Keramikverblendungen bis einschl. Zahn 8 vergütet.</p> <p>Zu Zahnersatz (einschl. funktionsanalytischer/ funktionstherapeutischer Maßnahmen) zählen auch die damit im Zusammenhang stehenden Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.</p> <p>Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztnetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztnetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 100%.</p>	<p>Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.</p> <p>⚠ Erstattungsfähig sind sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen; bei metallischer Versorgung werden Keramikverblendungen bis einschl. Zahn 8 vergütet.</p> <p>Zu Zahnersatz (einschl. funktionsanalytischer/ funktionstherapeutischer Maßnahmen) zählen auch die damit im Zusammenhang stehenden Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.</p> <p>Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztnetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztnetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 90%.</p>























# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	GSP90: Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.  GSZ90: Kieferorthopädie* wird zu 90% erstattet.  * u. a. auch: - Keramik-, Mini-, selbstligierende Brackets - superelastische, thermoelastische farblose Bögen - unsichtbare Zahnschienen - Lingualtechnik	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	⚠ Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die im Zusammenhang damit stehenden chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztenetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztenetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 100%.  Wird die gesamte kieferorthopädische Maßnahme bis Alter 20 vollständig und erfolgreich abgeschlossen (muss vom Zahnarzt bestätigt werden), wird eine bis dahin angefallene Eigenbeteiligung an den Versicherungsnehmer zurückerstattet.	⚠ Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die im Zusammenhang damit stehenden chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Hinweis: Sofern der Versicherte mit einem Zahnärztenetzwerk zusammenarbeitet und die Leistung von einem Mitglied dieses Zahnärztenetzwerkes erbracht wird, erhöhen sich die erstattungsfähigen Leistungen auf 90%.  Wird die gesamte kieferorthopädische Maßnahme bis Alter 20 vollständig und erfolgreich abgeschlossen (muss vom Zahnarzt bestätigt werden), wird eine bis dahin angefallene Eigenbeteiligung an den Versicherungsnehmer zurückerstattet.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Kieferorthopädie ist 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	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
<b>Gebührenordnung Zahn</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ 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.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Aufwendungen werden über den Höchstsätzen der GOZ erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der Gebührenordnung entsprechen.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ und GOÄ vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Es wird max. bis zum 5,0-fachen GOZ-Satz geleistet (bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung).	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja. Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.	 Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten, ohne die Begrenzung auf deutsche Gebührensätze; die Summenbegrenzung/Zahnstaffel gilt jedoch auch bei Auslandsbehandlungen.	 Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den jeweiligen Behandlenden entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	 Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.
<b>Zahn</b>						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.  Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	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.	 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.	Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind im Rahmen angemessener Preise erstattungsfähig.	Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind im Rahmen angemessener Preise erstattungsfähig.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	 Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen beträgt höchstens  <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.500 EUR im 1. Vj.</li> <li>- 3.000 EUR in den ersten 2 Vj.</li> <li>- 4.500 EUR in den ersten 3 Vj.</li> <li>- 6.000 EUR in den ersten 4 Vj.</li> </ul> Hinweis: Entfall der Begrenzung ab dem 4. Versicherungsjahr (Vj.) bei jährlicher Zahnvorsorge in den letzten 5 Kalenderjahren vor Versicherungsbeginn in diesem Tarif.	 Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr</li> <li>- 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren</li> <li>- 3.000 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren</li> </ul>	 Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr</li> <li>- 5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr</li> <li>- 7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.</li> </ul>	 Die maximale Erstattung ist begrenzt auf <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr</li> <li>- 2.000 EUR im 2. Kalenderjahr</li> <li>- 3.000 EUR im 3. Kalenderjahr.</li> </ul>	 Max. Erstattungshöchstbetrag für Zahnersatz, Kieferorthopädie, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr</li> <li>- 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren</li> <li>- 4.000 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren</li> </ul> Ambulant und stationär erbrachte zahntechnische Leistungen werden zusammengerechnet, d. h. für den Erstattungsumfang ist es nicht maßgebend, ob die zahntechnische Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde.	 Max. Erstattungshöchstbetrag für Zahnersatz, Kieferorthopädie, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 500 EUR im 1. Kalenderjahr</li> <li>- 1.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren</li> <li>- 2.000 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren</li> <li>- 4.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren</li> </ul> Ambulant und stationär erbrachte zahntechnische Leistungen werden zusammengerechnet, d. h. für den Erstattungsumfang ist es nicht maßgebend, ob die zahntechnische Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde.




































# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Die Summenbegrenzung entfällt für einen nachweislich durch - nach Vertragsabschluss eingetretenen - Unfall verursachten Versicherungsfall.	✔ Die Höchstbeträge gelten nicht bei einem Unfall. Sie gelten aber, wenn ein Zahn beim Essen geschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern) oder herausnehmbarer Zahnersatz beim Reinigen beschädigt wird.	✔ Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	✔ Die Summenbegrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Erfolgt die zahnärztliche Behandlung aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalles, entfällt die Summenbegrenzung. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren unfallunabhängigen zahnärztlichen Behandlung nicht auf die Leistungsstaffel angerechnet.	✔ Erfolgt die zahnärztliche Behandlung aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalles, entfällt die Summenbegrenzung. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren unfallunabhängigen zahnärztlichen Behandlung nicht auf die Leistungsstaffel angerechnet.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben.	✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei Zahnersatz, Inlays, Implantaten und Kieferorthopädie empfohlen.	Wenn die voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz höher sind als 3.000 EUR, muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten werden von dem 3.000 EUR übersteigenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrag nur 70% erstattet.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben. Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR für Zahnersatz, funktionsanalytische/ funktionstherapeutische Leistungen oder kieferorthopädische Maßnahmen rät der Versicherer jedoch dringend zur Vorlage eines Heil- und Kostenplans.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben. Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR für Zahnersatz, funktionsanalytische/ funktionstherapeutische Leistungen oder kieferorthopädische Maßnahmen rät der Versicherer jedoch dringend zur Vorlage eines Heil- und Kostenplans.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ Inlays* & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.  * Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren)	✔ 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* (Einlagefüllungen) werden wie Zahnersatz erstattet.  * etwa aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramik-Material (auch auf Goldgerüst) und Glas-Keramik	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. "Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen)" und "funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)" zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges	✔ Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind im Rahmen von Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung zu 90% und ansonsten zu 100% erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden auch - zu 90%: funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen am Kauapparat (Gnathologie) einschl. Aufbissbehelfe und Schienen - zu 100%: Zahnaufhellung (Bleaching), bis 150 EUR innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren - zum selben %-Satz wie die dazugehörige zahnmedizinische Leistung: schmerzlindernde Behandlungen* (insbesondere Akupunktur, Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Hypnose, Lachgas-Sedierung, Vollnarkose) sowie verordnete und in der Apotheke gekaufte Arznei- und Verbandmittel  * bei Leistungserbringung durch einen Arzt oder Heilpraktiker besteht Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für MeinGesundheitsschutz Plus oder MeinGesundheitsschutz Best	✔ Wenn Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern bestehen, werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Auf Verlangen muss die andere Leistung nachgewiesen werden.  Erstattungsfähig sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, sofern diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/ beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.		✔ Besondere Anästhesieleistungen wie Vollnarkose, Akupunktur oder Hypnose, die im Zusammenhang mit den tariflichen (zahnärztlichen) Leistungen erbracht werden, sind bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig.	✔ Besondere Anästhesieleistungen wie Vollnarkose, Akupunktur oder Hypnose, die im Zusammenhang mit den tariflichen (zahnärztlichen) Leistungen erbracht werden, sind bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	 uni-KT 43: Markteinführung: 01.2013 uniTP300: Markteinführung: 05.2024	 KTA7W: Markteinführung: 01.2013 GSP90, GSWO, GSZ90: Markteinführung: 05.2024	 TA 6, NH (VV): Markteinführung: 01.2013 AM30, S1, Z9: Markteinführung: 03.2017 VP: Markteinführung: 01.2015 PPN: Markteinführung: 1995	 FlexiPro: Markteinführung: 07.2011 ME300: Markteinführung: 10.2019	 Markteinführung: 04.2024	 Markteinführung: 04.2024
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	 Tarif ist aktuell.	 GSP90, GSWO, GSZ90: Tarif ist aktuell.	 AM30, S1, Z9: Tarif ist aktuell.	 Tarif ist aktuell.	 Tarif ist aktuell.	 Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	 TA 6: Markteinführung Vorgängertarif "TA 6": 1979 NH (VV): Markteinführung Vorgängertarif "NH": 2010 S1: Kein Vorgängertarif vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>						
- 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 (5 Jahre bei ambulanten Operationen).	Nein. Bei Beobachtungen/Untersuchungen/Behandlungen z. B. in einem Krankenhaus und bei ambulanten Operationen beträgt der Abfragezeitraum 5 Jahre, bei Sucht-/Kindervunschbehandlung, Essstörung 10 Jahre (in allen anderen Fällen 3 Jahre).	 Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	 Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre / Krebs: 10 Jahre).	 Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (ambulante Operationen: 5 Jahre / Krebs: 10 Jahre).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre rückwirkend.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
- 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 (Krebs: 10 Jahre).	 Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre (Krebs: 10 Jahre).
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen (...) andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (...), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?"	Nein, im Antrag wird gefragt: "Bestanden in den letzten drei Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen oder sonstige Gesundheitsstörungen?"	Keine Leistung vorhanden.  Hinweis: Der Versicherer fragt "Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?"	Keine Leistung vorhanden.  Hinweis: Der Versicherer fragt "Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	 Einzelfallprüfung bei mehr als 2 fehlenden Zähnen (ggf. zahnärztliche Untersuchungsbericht, Vereinbarung eines Leistungsausschlusses erforderlich).	 Fehlende Zähne sind mitversichert (20% Risikozuschlag je fehlenden Zahn).	Keine Leistung vorhanden.	 - 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	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.








# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind ab vollendetem 2. Lebensjahr auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab dem 2. Lebensjahr alleine versicherbar. Zur Annahmepflicht ist der U7-Untersuchungsbericht erforderlich.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar, sofern mind. ein Elternteil in einer PKV vollversichert ist.	✔ 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	Nein. Kinder sind nicht alleine versicherbar.	Nein. Kinder sind nicht alleine versicherbar.
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	s. nächsten Leistungseintrag	GSP90, GSZ90: Bei Leistungsfreiheit wird eine BRE von 10% des jährlichen Tarifbeitrages gezahlt.	AM30, Z9: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	s. nächsten Leistungseintrag	Ab dem 1. leistungsfreien Jahr wird eine BRE von 1 MB gezahlt.	Ab dem 1. leistungsfreien Jahr wird eine BRE von 1 MB gezahlt.
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?		GSP90, GSZ90: gleiche BRE wie Erwachsene			gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	✔ Bei Leistungsfreiheit wird eine BRE von 600 EUR gezahlt.			✔ Bei Leistungsfreiheit wird eine garantierte Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen (PE) von 300 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 BRE bis einschl. des Kalenderjahres, das vor der Vollendung des 21. Lebensjahres liegt			✔ hälftige PE		
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Die BRE beträgt für 1 leistungsfreies Kalenderjahr 2,5 MB.	GSP90, GSZ90: 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)	AM30: 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.	Die BRE beträgt 2,5 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr.	Es liegen keine Informationen zur erfolgsabhängigen BRE vor.	Es liegen keine Informationen zur erfolgsabhängigen BRE vor.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	gleiche BRE wie Erwachsene	GSP90, GSZ90: 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).	AM30, Z9: gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene		
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?		Keine Leistung vorhanden.				
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Ja. Die im tariflichen Verzeichnis für Vorsorgeleistungen aufgeführten Maßnahmen*, einschl. zahnprophylaktischer Leistungen (GOZ-Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 1030, 1040, GOÄ-Ziffer A1)* und Präventionskurse sind BRE-unschädlich.  * falls die Kosten im Rahmen von - von Vorsorgeuntersuchungen (jeweilige Rechnung muss eine der führenden GOÄ-Ziffern 23-29 enthalten) bzw. - zahnprophylaktischen Leistungen entstehen	 GSP90: Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ sind die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen "Vorsorgeuntersuchungen gem. tariflichem Verzeichnis" und "Gesundheitskurse" BRE-unschädlich.   GSZ90: Bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm" sind die in dem den Bedingungen angehangenen Verzeichnis zu Prophylaxe-Leistungen aufgeführten Leistungen BRE-unschädlich. Hinweis: GSP90: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ GSZ90: nur bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm"	 Nein. Hinweis: 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).	 Die im tariflichen Verzeichnis für Vorsorgeleistungen aufgeführten Maßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, zahnprophylaktische Leistungen) beeinträchtigen nicht die PE.  Vorsorgeleistungen, die nicht gem. Tarifbeschreibung auf Selbstbehalte und/oder Pauschalerstattungen angerechnet werden, sind BRE-unschädlich.	 Ja. Ärztliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und professionelle Zahnreinigung (gem. Ziffer 1040 GOZ) sind BRE-unschädlich.	 Ja. Ärztliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und professionelle Zahnreinigung (gem. Ziffer 1040 GOZ) sind BRE-unschädlich.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Ja.	 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“	AM30: Nein.  Z9: Zahntarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Leistungen für Schutzimpfungen beeinträchtigen nicht die PE.  Schutzimpfungen, die nicht gem. Tarifbeschreibung auf Selbstbehalte und/oder Pauschalerstattungen angerechnet werden, sind BRE-unschädlich.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: BRE-unschädlich sind Impfstoffe für versicherte Schutzimpfungen, die nicht aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: BRE-unschädlich sind Impfstoffe für versicherte Schutzimpfungen, die nicht aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	 Ja. Die Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes ist BRE-unschädlich.	GSP90, GSZ90: Nein.	AM30, Z9: Nein.	 Ja. Die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs beeinträchtigt nicht die PE.	Nein.	Nein.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	 Ja.	 GSP90, GSZ90: Ja.	 AM30, Z9: Ja.	 Ja.	Nein.	Nein.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	Nein.	✓ GSP90, GSZ90: 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	AM30, Z9: Nein.	Nein.	Nein.	Nein.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Ausland</b>						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	<p>✓ Dauert der Aufenthalt über die jeweils geltende Leistungsdauer von 3 bzw. 36 Monaten an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen. Während der Leistungsdauer und solange eine besondere Vereinbarung besteht, ist eine Beendigung der Versicherung ausgeschlossen. Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die Leistungsdauer überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50% der tariflichen Leistungen erhalten. Hinweis: Während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 36 Monaten, sofern der Versicherungsbeginn der Krankheitskostenvollversicherung mind. 36 Monate zurückliegt oder bis zu 3 Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>	<p>✓ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 6 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.</p>	<p>✓ AM30, S1, Z9: Es besteht - zeitlich unbegrenzter - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.</p>	<p>✓ Versicherungsschutz besteht für die ersten 3 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. vorübergehende Aufenthalte &gt; 3 Monate: s. Leistungspunkt "Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland"</p>	<p>✓ Bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlungen in Ländern außerhalb des EWR. Befindet sich die versicherte Person mit Ablauf des 6. Reisesmonats in unvorhergesehener stationärer Behandlung, besteht der Versicherungsschutz solange fort, bis sie die Rückreise bzw. den Rücktransport ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Sofern im jeweiligen Aufenthaltsland eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind Behandlungskosten im Ausland nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.</p>	<p>✓ Bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlungen in Ländern außerhalb des EWR. Befindet sich die versicherte Person mit Ablauf des 6. Reisesmonats in unvorhergesehener stationärer Behandlung, besteht der Versicherungsschutz solange fort, bis sie die Rückreise bzw. den Rücktransport ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Sofern im jeweiligen Aufenthaltsland eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind Behandlungskosten im Ausland nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.</p>







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	<p>✔ Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankentransport (mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschl. Rettungshubschrauber)) einschl. der Aufwendungen für eine Begleitperson (wenn sie sich bei Eintritt der Umstände, die den Rücktransport erforderlich machen, vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa reisekrankenversichert ist) sind erstattungsfähig.</p> <p>Kosten für die Überführung oder Bestattung am Sterbeort werden bis 10.000 EUR vergütet.</p> <p>Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Medizinisch notwendige Rücktransporte - auch mit Begleitperson und minderjährigen Kindern - sind erstattungsfähig; soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Transportmittel zu nehmen.</p> <p>Überführungskosten werden ebenfalls zu 100% ersetzt; Bestattungskosten im Ausland bis zu dem Betrag, den eine Überführung gekostet hätte.</p>	<p>✔ AM30: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>S1: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall:                      - 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.</p> <p>Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert.                      Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung).</p>	<p>✔ Medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Rücktransporte sind erstattungsfähig; es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.</p> <p>Erstattet werden auch Kosten für die Überführung nach Deutschland oder für die Bestattung am Sterbeort im Ausland - bis zu 10.000 EUR.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransportes beauftragt wird.                      Geleistet wird ggf. auch für am Aufenthaltsort verbleibende Kinder und Jugendliche und erwachsene Begleitpersonen (Voraussetzungen/Details s. Bedingungen).</p> <p>Überführungskosten werden bis max. 10.000 EUR vergütet.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransportes beauftragt wird.                      Geleistet wird ggf. auch für am Aufenthaltsort verbleibende Kinder und Jugendliche und erwachsene Begleitpersonen (Voraussetzungen/Details s. Bedingungen).</p> <p>Überführungskosten werden bis max. 10.000 EUR vergütet.</p>







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<p>- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)</p>	<p>⚠ Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/des EWR setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Hinweis: Bei Heilbehandlern im Ausland beurteilt sich die Erstattungsfähigkeit der Kosten nach dem im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.</p>	<p>✔ Der Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.</p>	<p>✔ AM30: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>✔ Ja. Bei Auslandsaufenthalten von bis zu 6 Monaten innerhalb eines Kalenderjahres (oder bei Auslandsreisen &lt; 1/2 Jahr (bei unvorhergesehener stationärer Behandlung auch länger)) bleibt der volle tarifliche Leistungsumfang erhalten.</p>	<p>✔ Ja. Bei Auslandsaufenthalten von bis zu 6 Monaten innerhalb eines Kalenderjahres (oder bei Auslandsreisen &lt; 1/2 Jahr (bei unvorhergesehener stationärer Behandlung auch länger)) bleibt der volle tarifliche Leistungsumfang erhalten.</p>


















# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<p>- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)</p>	<p>⚠ Bei Wohnsitzverlegung innerhalb der EU/des EWR setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Hinweis: Bei Heilbehandlern im Ausland beurteilt sich die Erstattungsfähigkeit der Kosten nach dem im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.</p>	<p>✔ Der Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.</p>	<p>✔ AM30: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Wird die versicherte Person durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes dort krankensicherungsspflichtig, 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.</p>	<p>✔ Bei dauerhafter Verlegung (Auslandsaufenthalte von mehr als 6 Monaten innerhalb eines Kalenderjahres oder Auslandsreisen &gt; 1/2 Jahr (s. auch vorherigen Leistungspunkt)) in einen anderen Staat des EWR bleibt der Versicherer ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthaltes höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb der ersten 6 Monate des Aufenthaltes) kann in Textform vereinbart werden, dass - u. a. gegen Zahlung eines Auslandszuschlages (in der Regel 20% des Beitrages) ab dem 7. Monat - die Begrenzung entfällt (Erstattung erfolgt dann entsprechend taxmäßiger Vergütung/in örtlicher Höhe).</p>	<p>✔ Bei dauerhafter Verlegung (Auslandsaufenthalte von mehr als 6 Monaten innerhalb eines Kalenderjahres oder Auslandsreisen &gt; 1/2 Jahr (s. auch vorherigen Leistungspunkt)) in einen anderen Staat des EWR bleibt der Versicherer ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthaltes höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb der ersten 6 Monate des Aufenthaltes) kann in Textform vereinbart werden, dass - u. a. gegen Zahlung eines Auslandszuschlages (in der Regel 20% des Beitrages) ab dem 7. Monat - die Begrenzung entfällt (Erstattung erfolgt dann entsprechend taxmäßiger Vergütung/in örtlicher Höhe).</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	 s. Leistungspunkt "Weltweiter Versicherungsschutz mind. .... Monate" (Vertragsfortführung möglich, ggf. gegen Beitragszuschlag/mit Befristung der Verlängerung; ohne Vereinbarung 50% der tariflichen Leistungen).  Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	 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 Versicherungsverhältnis oder kann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.	 AM30: 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 Versicherungsverhältnis 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.  Versichert sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz.  S1, Z9: Ja, s. ambulanten Tarif.	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.	 Bei Verlegung außerhalb des EWR endet die Versicherung mit der Anzeige der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers, spätestens jedoch zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthaltes (Versicherungsverhältnis kann dann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden).  Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb der ersten 6 Monate des Aufenthaltes) kann in Textform vereinbart werden, dass das Versicherungsverhältnis - u. a. gegen Zahlung eines Auslandszuschlages (in der Regel 20% des Beitrages) ab dem 7. Monat - fortgeführt wird und eine Erstattung entsprechend der taxmäßigen Vergütung/in ortsüblicher Höhe erfolgt (weitere Details/Voraussetzungen sind den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen).	 Bei Verlegung außerhalb des EWR endet die Versicherung mit der Anzeige der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers, spätestens jedoch zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthaltes (Versicherungsverhältnis kann dann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden).  Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb der ersten 6 Monate des Aufenthaltes) kann in Textform vereinbart werden, dass das Versicherungsverhältnis - u. a. gegen Zahlung eines Auslandszuschlages (in der Regel 20% des Beitrages) ab dem 7. Monat - fortgeführt wird und eine Erstattung entsprechend der taxmäßigen Vergütung/in ortsüblicher Höhe erfolgt (weitere Details/Voraussetzungen sind den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen).
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	 Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	 GSP90: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.  GSWO: Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	 AM30, 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).	 FlexiPro: Optionsrecht auf Umstellung in andere Tarife der Krankheitskostenvollversicherung mit höherwertigem Leistungsversprechen enthalten.  ME300: 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).	 Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	 Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.









# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	<p>✔ Zu Beginn des 6. Versicherungsjahres des Tarifs uni-Top Pri-va besteht das Recht auf Umstellung des Versicherungsschutzes in höherwertige oder anderweitige Kostentarife - ohne Wartezeiten.</p> <p>Die Umstellung muss spätestens zum Monatsersten nach Ablauf des 6. Versicherungsjahres im Tarif uni-Top Privat in Textform beantragt werden.</p>	<p>✔ Optionsrecht auf Höherversicherung / Umstellung in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz (höhere oder umfassendere Leistungen) vorhanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zu 3x während gesamter Vertragslaufzeit (eine gleichzeitige Umstellung mehrerer Tarife der Tarifserie MeinGesundheitsschutz gilt als einmalige Ausübung)</li> <li>- jeweils zum 01.01. des folgenden Kalenderjahres (Umstellungserklärung muss spätestens am 30.09. des laufenden Kalenderjahres dem Versicherer vorliegen)</li> <li>- erstmals zum 01.01. des 4. Kalenderjahres</li> <li>- bisherige, ununterbrochene Versicherungszeit wird auf Wartezeiten angerechnet</li> <li>- ab Beginn der Höherversicherung sind auch Behandlungen, die bereits zuvor begonnen haben, eingeschlossen</li> </ul>	<p>✔ AM30, 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: AM30, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter &lt; 30.</p>	<p>✔ Zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres besteht das Recht auf Umstellung (ohne Wartezeiten) in höherwertige Kostentarife, sofern die versicherte Person im Jahr des Abschlusses von Tarif MedExtra 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).</p>	<p>✘</p>	<p>✘</p>









# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	 AM30, S1, Z9:  Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden: - bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist, - bei Aufenthalt im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern, - einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person, - bei Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt Ausbildung, Bachelor, Master, Staatsexamen), sofern eine der Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. - bei Heirat/Eintragung einer Lebenspartnerschaft, - bei Scheidung/Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, - bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner, wenn beide Partner nach diesem Tarif versichert sind. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs, - bei einer Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit (bei Selbständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich).  Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses, welches nachzuweisen ist, beantragt werden. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM30, S1, Z9:	FlexiPro, ME300: Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.		
			Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.			






# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ AM30, S1, Z9: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ FlexiPro, ME300: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.		
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	✔ Ja. Es kann in jede Krankheitskostenvollversicherung mit Ausnahme von Ärzte- und Beihilfetarifen umgestellt werden, die bei Ausübung der Option für den Neuzugang geöffnet ist (Zieltarif).	✔ AM30: 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.	✔ FlexiPro: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. (zum Ausübungszeitpunkt muss lediglich Versicherungsfähigkeit für die Zieltarife bestehen)  ME300: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.		
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	Nein. Das Optionsrecht gilt nicht für Personen, die im Rahmen der Kindernachversicherung versichert wurden.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ AM30, 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.	✔ FlexiPro: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.  ME300: Ja, das Optionsrecht gilt auch für eine im Rahmen einer Kindernachversicherung versicherten Person, aber nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils.		






# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	Nein. Das Optionsrecht gilt nur, wenn für die versicherte Person mit Tarif uni-Top Privat erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht. Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif uni-Top Privat auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung geführt worden ist.	 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	 AM30, S1, Z9: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	 Nein. Vor Abschluss von Tarif MedExtra 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.		
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	 Das 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.	 AM30, S1, Z9: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden.  Hinweis: AM30, S1, Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	 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).		



























# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))</b>						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✔ Ärztlich angeordnete Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger sind erstattungsfähig; im stationären Rahmen bis zu 55 EUR täglich für max. 28 Tage.</p> <p>Anspruch besteht erstmals nach 2-jähriger Versicherungsdauer; erneuter Anspruch nach Ablauf von 3 Jahren, gerechnet vom Ende der Reha-Maßnahme.</p> <p>Leistungspflicht besteht nur für Aufwendungen, welche trotz gesetzlicher Leistungen (z. B. durch Unfall- oder Rentenversicherung) notwendig bleiben.</p> <p>ambulante AHB Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die ersten 21 Tage (ab dem 22. Tag Zusage erforderlich - wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt), wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen* nach dem Ende einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung oder ambulanten OP beginnt.</p> <p>Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften) sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.</p> <p>Leistungspflicht besteht nur für Aufwendungen, welche trotz gesetzlicher Leistungen (z. B. durch Unfall- oder Rentenversicherung) notwendig bleiben.</p>	<p>✔ Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (auch Anschlussheilbehandlung) sind mitversichert; erstattet werden folgende Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulant: ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel, Beratungen und Schulungen</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Bei stationärer Reha werden auch noch die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen vergütet.</p> <p>Geleistet wird einmal innerhalb von 36 Monaten. Der Zeitraum umfasst ambulante Reha und Reha im Krankenhaus; er gilt nicht, wenn eine erneute Reha vor Ablauf dieser Zeit aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist (etwa bei einer Anschlussheilbehandlung).</p> <p>Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht der Erstattung des Versicherers vor.</p>	<p>✔ AM30: Versichert ist die medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu.</p> <p>Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu.</p> <p>Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation.</p> <p>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.</p> <p>Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu.</p> <p>Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation.</p> <p>AM30, S1: Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.</p>	<p>✔ Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger und - wenn eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist - medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulant: zu 80% (ärztliche medizinische/technische Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel)</li> <li>- stationär: bis max. 30 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.</li> <li>- post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation: s. AHB.</li> </ul> <p>Geleistet wird - im tariflichen Umfang - auch für die ersten 21 Tage einer ambulanten oder medizinisch notwendigen stationären AHB, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung (ambulante/stationäre AHB) oder ambulanten Operation (ambulante AHB), für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt (Frist gilt nicht, wenn die AHB aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann oder kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht (Letzteres ist dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist anzuzeigen)). Bei längerer AHB bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer (wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt).</p>	<p>✔ Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akutstationären Krankenhausaufenthalt innerhalb von 4 Wochen (aus medizinischen Gründen (z. B. nach stationärer Strahlentherapie) ggf. auch später) nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes anschließt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen (medizinisch notwendige ambulante/stationäre AHB, sonstige Reha-Maßnahmen), sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Maßnahme*: Therapieaufwendungen und durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen</li> <li>- stationäre Maßnahme*: allgemeine Krankenhausleistungen gem. KHEntg bzw. BPIIV, gesondert berechenbare Unterbringung (ggf. auch für Begleitperson) im 1- oder 2-Bettzimmer und wahl- oder privatärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen (Buchstabe H Abs. 1 der Bedingungen).</li> </ul> <p>* Aufwendungen für sonstige Reha-Maßnahmen (nicht AHB) sind innerhalb von 5 Kalenderjahren bis insgesamt (inkl. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) max. bis 5.000 EUR erstattungsfähig.</p> <p>Der Versicherer empfiehlt das Einholen einer Zusage vor Antritt der Maßnahme.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) haben Vorrang.</p>	<p>✔ Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akutstationären Krankenhausaufenthalt innerhalb von 4 Wochen (aus medizinischen Gründen (z. B. nach stationärer Strahlentherapie) ggf. auch später) nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes anschließt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen (medizinisch notwendige ambulante/stationäre AHB, sonstige Reha-Maßnahmen), sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Maßnahme*: Therapieaufwendungen und durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen</li> <li>- stationäre Maßnahme*: allgemeine Krankenhausleistungen gem. KHEntg bzw. BPIIV, gesondert berechenbare Unterbringung (ggf. auch für Begleitperson) im 2-Bettzimmer und wahl- oder privatärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen (Buchstabe H Abs. 1 der Bedingungen).</li> </ul> <p>* Aufwendungen für sonstige Reha-Maßnahmen (nicht AHB) sind innerhalb von 10 Kalenderjahren bis insgesamt (inkl. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) max. bis 5.000 EUR erstattungsfähig.</p> <p>Der Versicherer empfiehlt das Einholen einer Zusage vor Antritt der Maßnahme.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) haben Vorrang.</p>








# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
	<p>Stationäre AHB sind erstattungsfähig, wenn kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Gleiches gilt für medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine AHB aus medizinischer Sicht (noch) nicht möglich ist.</p> <p>Eine AHB liegt vor, wenn sich innerhalb von 28 Tagen* nach Beendigung einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese notwendig ist, um die zuvor stationär behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.</p> <p>* Frist gilt nicht, wenn die AHB aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann oder kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht (Letzteres muss dem Versicherten spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt werden)</p>					
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	 Ein Erstattungsanspruch bei einer AHB (oder einer post-primären bzw. weiterführenden Rehabilitation) besteht nur, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann. Hinweis: Im Rahmen einer sonstige Reha werden Aufwendungen, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben, erstattet.	 Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung anderer Leistungsträger verbleibenden Restkosten.	AM30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant  S1: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn andere Kostenträger nicht leisten müssen.	 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.	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.  S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 AM30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant  S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer Reha).	 AM30, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ AM30: Ja. Leistung vorhanden, s. o.  S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ AM30: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant  S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Stationäre Reha-Maßnahmen werden bis max. 55 EUR je Tag erstattet.	Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer Reha).	✔ AM30, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	Nein. Ambulante Reha-Maßnahmen werden zu 80% und stationäre Reha-Maßnahmen bis max. 30 EUR je Tag erstattet.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen (inkl. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) werden bis max. 5.000 EUR innerhalb von 5 Kalenderjahren erstattet; bei einer stationären Maßnahme in einer "gemischten Anstalt" ist zudem eine vorherige Zusage erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische Behandlung handelt.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen (inkl. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) werden bis max. 5.000 EUR innerhalb von 10 Kalenderjahren erstattet; bei einer stationären Maßnahme in einer "gemischten Anstalt" ist zudem eine vorherige Zusage erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische Behandlung handelt.
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	✔ Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht sind nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig: - Anspruch besteht für insgesamt bis zu 3 Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit - es kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden - im ambulanten Rahmen bis zu einer Dauer von 6 Monaten - im stationären Rahmen bis zu einer Dauer von 3 Monaten (keine Wahlleistungen) - der Versicherer hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt - die ersten beiden Maßnahmen werden zu 100% erstattet, die 3. zu 70%; die verbleibenden 30% werden nacherstattet, wenn die Entwöhnungsbehandlung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis beendet wurde.  Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.	✔  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.  Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang.  Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein: - 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. Hinweis: stationär: bis zu dem Tagessatz nach § 111 SGB V	✔ AM30: Versichert sind insgesamt drei ambulante (und stationäre) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).  S1: Versichert sind insgesamt drei stationäre (und ambulante) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).	Erstattet werden - zu 80% - 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 (abzgl. Selbstbeteiligung).  * Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.	✔ Innerhalb von 10 Kalenderjahren sind max. 3 ambulante und/oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern - eine stoffgebundene Sucht vorliegt, - kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann und - die Maßnahme medizinisch notwendig ist und nicht aufgrund einer Nikotinsucht stattfindet.  stationär: Es werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet, max. Dauer 4 Monate. ambulant: Erstattung der Therapiekosten und der durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der Entwöhnung dienen.	✔ Innerhalb von 10 Kalenderjahren sind max. 3 ambulante und/oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern - eine stoffgebundene Sucht vorliegt, - kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann und - die Maßnahme medizinisch notwendig ist und nicht aufgrund einer Nikotinsucht stattfindet.  stationär: Es werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet, max. Dauer 4 Monate. ambulant: Erstattung der Therapiekosten und der durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der Entwöhnung dienen.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<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"> <li>- die Behandlung bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt,</li> <li>- ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet werden (homologe Befruchtung),</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) besteht und</li> <li>- die Frau zum Zeitpunkt der Behandlung das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie</li> <li>- der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.</li> </ul> <p>Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 5 Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 5 Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschl. der dabei erforderlichen IVF.</p> <p>Besteht für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z. B. GKV oder PKV) ein Leistungsanspruch, ist der Versicherer nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.</p>	<p>✔ Bei einer Kinderwunschbehandlung (insbesondere folgende Verfahren: Insemination, In-Vitro-Fertilisation, In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion) werden bis zu 4 Versuche je Verfahren, jedoch bis zu 8 Inseminationen ohne hormonelle Stimulation unter folgenden Voraussetzungen erstattet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisch begründete Unfruchtbarkeit oder Zeugungsunfähigkeit</li> <li>- eine Schwangerschaft ist aus fachärztlicher Sicht medizinisch hinreichend wahrscheinlich</li> <li>- bei Behandlungsbeginn ist die Frau jünger als 41 Jahre und der Mann jünger als 51 Jahre.</li> </ul> <p>Hinweis: auch mitversichert: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörige ärztliche Leistungen, sofern die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Kinderwunschbehandlung durchzuführen; max. Alter zu Beginn der Kryokonservierung: 40 Jahre (Frauen) / 50 Jahre (Männer); die zu behandelnde Person muss die Person sein, deren Zellen oder Gewebe aufbewahrt werden soll</p>	<p>✔ Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind versichert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Behandlungsbeginn die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und</li> <li>- die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht und</li> <li>- nur Ei- und Samenzellen der jeweiligen Paare verwendet werden.</li> </ul> <p>Erstattungsfähig sind während der gesamten Vertragslaufzeit bis zu 8 Inseminationen sowie 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI.</p> <p>Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei der SDK 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>✔ 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"> <li>- die Behandlung bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt,</li> <li>- ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet werden (homologe Befruchtung),</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) besteht und</li> <li>- die Frau zum Zeitpunkt der Behandlung das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie</li> <li>- der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.</li> </ul> <p>Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 4 Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 4 Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschl. der dabei erforderlichen IVF.</p> <p>Besteht für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z. B. GKV oder PKV) ein Leistungsanspruch, ist der Versicherer nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.</p>	<p>✔ Ärztliche Leistungen und Arzneimittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht von mind. 15% zur Herbeiführung der Schwangerschaft besteht.</li> </ul> <p>Sofern die künstliche Befruchtung im Ausland durchgeführt werden soll, wird die Zusage nicht erteilt, wenn die Behandlung nach deutschem Recht nicht zu erstatten oder unzulässig wäre.</p> <p>Besteht für die Behandlung ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gegen eine GKV oder andere PKV), hat dieser Vorrang.</p> <p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn auf insgesamt 3.000 EUR begrenzt.</p>	<p>✔ Ärztliche Leistungen und Arzneimittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht von mind. 15% zur Herbeiführung der Schwangerschaft besteht.</li> </ul> <p>Sofern die künstliche Befruchtung im Ausland durchgeführt werden soll, wird die Zusage nicht erteilt, wenn die Behandlung nach deutschem Recht nicht zu erstatten oder unzulässig wäre.</p> <p>Besteht für die Behandlung ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gegen eine GKV oder andere PKV), hat dieser Vorrang.</p> <p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind in den ersten 36 Monaten nach Versicherungsbeginn auf insgesamt 3.000 EUR begrenzt.</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.</p> <p>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>			<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.</p> <p>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>		

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die nach diesem Tarif versicherte Person (Elternteil)</p> <p>⚠ - Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) bezieht - nur deshalb kein Elterngeld bezieht, weil ein Elterngeldanspruch wegen Überschreiten der Einkommensgrenzen (nach § 1 Abs. 8 BEEG) entfällt und sie ihre bisherige wöchentliche Arbeitszeit innerhalb der Grenzen von § 1 Abs. 1 Nr. 4. und Abs. 6 BEEG reduziert. Es muss seit mind. 8 Monaten vor der Geburt des Kindes bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskostenvollversicherungstarif des Versicherers, der eine Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld vorsieht, bestehen.</p> <p>Beitragsfreiheit auch für das im Tarif uni-Top Privat im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte neugeborene Kind, ab dem 1. des auf die Geburt folgenden Monats für 6 Monate.</p> <p>Für den Elternteil muss seit mind. 8 Monaten vor der Geburt des Kindes bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz im Tarif uni-Top Privat bestehen.</p> <p>Weitere Details/Voraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen. Hinweis: Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bezug von Elterngeld oder Reduzierung der Arbeitszeit (wenn Einkommensgrenze überschritten)</li> <li>- Kindernachversicherung</li> </ul>	<p>✔ GSP90, GSWO, GSZ90: 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"> <li>- für max. 6 Monate</li> <li>- es muss mind. 8 Monate vor der Geburt ununterbrochen eine KV Voll beim Versicherer bestehen, die das Recht auf Beitragsbefreiung vorsieht</li> </ul> <p>Beitragsbefreiung für Kinder, die im Rahmen einer Kindernachversicherung in diesem Tarif versichert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gilt für den Monat, in dem das Kind (auch das Adoptivkind) geboren wurde sowie die darauffolgenden 6 Monate</li> </ul> <p>Hinweis: GSP90, GSWO, GSZ90: Beitragsbefreiung bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz)</li> <li>- Versicherung von Kindern</li> </ul>	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	<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 MedExtra für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht (keine Beitragsbefreiung für den Beitragsteil einer ggf. vereinbarten Beitragseinstufung), sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- der Elterngeldbescheid dem Versicherer spätestens 6 Monate nach dessen Ausstellungsdatum vorgelegt wird.</li> </ul>	<p>✔ Während der ersten 9 Monate des Bezugs von Elterngeld (im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung für diejenige versicherte Person (VP), die Elterngeld bezieht. Es müssen u. a. folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- für die VP besteht seit mind. 8 Monaten vor der Geburt des Kindes, für das Elterngeld bezogen wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskosten-Vollversicherungstarif von ottonova, der eine Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs vorsieht</li> <li>- der Elterngeldbescheid wird dem Versicherer spätestens 6 Monate nach dessen Ausstellungsdatum vorgelegt.</li> </ul> <p>Sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist, beginnt für Neugeborene die Pflicht zur Beitragszahlung erst mit Beginn des 4. Kalendermonats, der auf den Tag der Geburt folgt.</p> <p>Ohne Kostennachweis wird der bei ottonova versicherten Mutter bei Geburt eines Kindes eine Pauschale von 600 EUR pro Entbindung gezahlt. Hinweis: Beitragsfreiheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Bezug von Elterngeld</li> <li>- im "Neugeborenen-Tarif"</li> </ul>	<p>✔ Ohne Kostennachweis wird der bei ottonova versicherten Mutter bei Geburt eines Kindes eine Pauschale von 400 EUR pro Entbindung gezahlt.</p> <p>Sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist, beginnt für Neugeborene die Pflicht zur Beitragszahlung erst mit Beginn des 4. Kalendermonats, der auf den Tag der Geburt folgt. Hinweis: Beitragsfreiheit im "Neugeborenen-Tarif"</p>







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	<p>✓ Erstattungsfähig sind 100% der Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), wenn sie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind (höchstens bis zu den dort genannten Preisen) und</li> <li>- vom behandelnden Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten verordnet oder</li> <li>- vom Versicherer vorher schriftlich zugesagt wurden.</li> </ul> <p>Andere DiGA sind im Versicherungsfall - nach vorheriger schriftlicher Zusage - zu 80% bis max. 1.600 EUR p. a. erstattungsfähig.</p> <p>Max. Nutzungsdauer 12 Monate, danach ist eine erneute Verordnung bzw. Zusage erforderlich.</p> <p>Der Versicherer darf die DiGA anstelle einer Kostenerstattung auch selbst zur Verfügung stellen.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten</p>	<p>✓ GSP90, GSZ90: Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden erstattet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sie von einem in den Bedingungen genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten verordnet worden oder</li> <li>- im Verzeichnis (nach § 139 e SGB V) enthalten sind oder</li> <li>- der Versicherer die Erstattungsfähigkeit anerkannt hat, weil er die DiGA für die Behandlung der versicherten Person als sinnvoll erachtet.</li> </ul> <p>* Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung; ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.</p> <p>Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind von Ärzten oder psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten verordnete digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind</li> <li>- 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.</li> </ul> <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"> <li>- werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach neue Verordnung erforderlich.</li> <li>- dürfen auch vom VR selbst (anstelle des Aufwundersersatzes) zur Verfügung gestellt werden.</li> <li>- muss der Versicherte nicht über den Versicherer beziehen.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Keine Erstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- von DiGA, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p>✓ DiGA* sind erstattungsfähig (ambulante zu 80%), 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"> <li>- werden je Verordnung max. für 12 Monate erstattet; danach erneute Verordnung erforderlich</li> <li>- 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)</li> <li>- kann der VR, anstelle des Aufwundersersatzes, auch selbst zur Verfügung stellen.</li> </ul> <p>Verordnung durch Arzt/Psychotherapeuten (ambulant), Arzt/Zahnarzt/Psychotherapeuten (stationär), Zahnarzt/Kieferorthopäden (Zahn).</p> <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>	<p>✓ Erstattungsfähig sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen sind</li> <li>- sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann</li> <li>- bis zur Höhe, wie sie von einer deutschen GKV erstattet werden</li> <li>- wenn sie vom behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten verordnet wurden und</li> <li>- es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt.</li> </ul> <p>nicht erstattungsfähig: Aufwendungen, die für die Nutzung der DiGA anfallen (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien)</p> <p>Hinweis: Erstattungsfähig sind auch elektronische Geräte bzw. elektronische Dienstleistungen, die deshalb angeboten werden, um Krankheiten zu vermeiden oder eine Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit zu verhindern oder abzumildern (z. B. Gesundheits-Apps), s. auch ambulanten Leistungspunkt "sonstiges".</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen sind</li> <li>- sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann</li> <li>- bis zur Höhe, wie sie von einer deutschen GKV erstattet werden</li> <li>- wenn sie vom behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten verordnet wurden und</li> <li>- es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt.</li> </ul> <p>nicht erstattungsfähig: Aufwendungen, die für die Nutzung der DiGA anfallen (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien)</p>


# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neubeschluss?	Kein genereller Verzicht auf die Wartezeiten.  Die besonderen Wartezeiten für - Zahnbehandlungen und vorbeugende (zahnärztliche) Maßnahmen betragen 3 Monate - Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.  Bei Übertritt/Wechsel aus der GKV oder einer anderen PKV oder bei Vorlage eines (zahn-)ärztlichen Zeugnisses können die Wartezeiten erlassen/angerechnet werden.	✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✓ AM30: Wartezeiten bestehen nicht.  VP: Die Wartezeiten entfallen.	✓ 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.	✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✓ Ja. Wird ein Kind im Rahmen der Kindernachversicherung mitversichert, besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✓ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind Geburtsschäden und angeborene Krankheiten auch abgesichert.	✓ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, umfasst der Versicherungsschutz auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen).	✓ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und andere angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✓ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind stets auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere angeborene körperliche Beeinträchtigungen (beispielsweise Behinderungen) vom Versicherungsschutz umfasst.	✓ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind stets auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere angeborene körperliche Beeinträchtigungen (beispielsweise Behinderungen) vom Versicherungsschutz umfasst.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	✓ 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.	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✓ Leistungspflicht besteht für Terroranschläge und - während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland - für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird ebenfalls geleistet! (Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern werden angerechnet).	✓ Es besteht nur ein Leistungsausschluss für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	✓ 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.	✓ 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.	✓ Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, sofern das Auswärtige Amt - vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder - nach Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert ist, das Krisengebiet zu verlassen.	✓ Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, sofern das Auswärtige Amt - vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder - nach Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert ist, das Krisengebiet zu verlassen.













# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.</p> <p>Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das 1. Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Kalenderjahre.                      Hinweis: GSP90: Die Kündigung der Zusatzabsicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich.</p> <p>GSWO: Kündigung zu jedem Jahresende - mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist - möglich.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>	<p>✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.</p>
Sonstiges		<p>✔ Wenn für Behandlung auch bei einer anderen PKV Ansprüche bestehen, muss die Allianz so schnell wie möglich informiert werden.</p>	<p>✔ Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: <a href="http://www.sdk.de">www.sdk.de</a>.</p>	<p>✔ Möglichkeit eines flexiblen Wechsels zwischen den einzelnen Leistungsstufen ME0 bis ME1500 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

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Krankentagegeld</b>						
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettogehalt versicherbar?	 Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung.	 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 berufsständisches Versorgungswerks berücksichtigt werden. Maßgeblich ist das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.	 Das Krankentagegeld kann max. bis zum Nettoeinkommen zzgl. der Versicherungsbeiträge für die gesetzliche Rentenversicherung sowie der privaten Krankenversicherung (inkl. Pflegepflichtversicherung) versichert werden.	 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.  Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Versicherungsbeginn wird als Bemessungsgrundlage das in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn zu erwartende Nettoeinkommen herangezogen (Regelung gilt in den ersten 12 Monaten ab Versicherungsbeginn).  * = monatlich 1/12 des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit, welches dem Bruttojahresarbeitsentgelt (einschl. fester und etwaiger, bereits wiederholt vereinbarter variabler Vergütungsbestandteile, ohne einmalige Sonderzahlungen) abzgl. hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag) entspricht, abzgl. Arbeitnehmeranteil für die Arbeitslosenversicherung	Nein. Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende regelmäßige Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das zum Zeitpunkt der Beantragung bestehende Bruttoeinkommen. Versicherbar sind maximal 75% des 365. Teils des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens.	Nein. Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende regelmäßige Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das zum Zeitpunkt der Beantragung bestehende Bruttoeinkommen. Versicherbar sind maximal 75% des 365. Teils des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens.
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/ Wartezeiten (bei Verkürzung der Karenzzeit)?	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Taggeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Taggeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	 Beim Wechsel in die Selbstständigkeit kann die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten in Tarife mit kürzerer Karenzzeit ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten wechseln. Dies gilt auch für Arbeitnehmer, wenn sich die dauer der Lohnfortzahlung verkürzt.	 Bei Wechsel in die Selbstständigkeit ist für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Taggeldsatzes) eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif (neben KV Voll).	 Bei Wechsel in die Selbstständigkeit ist für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Taggeldsatzes) eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif.	 Bei Wechsel in die Selbstständigkeit ist für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Taggeldsatzes) eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Hinweis: Keine Wartezeiten in diesem Tarif.











# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	<p>Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Hinweis: ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit: 3-Monats-Frist verlängert sich auf 12 Monate</p>	<p>✓ Versicherungsfähigkeit besteht, solange die versicherte Person unselbstständig erwerbstätig ist (-&gt; in einem festen Arbeitsverhältnis steht, aus dem sie ein Entgelt bezieht). Zu dieser Erwerbstätigkeit zählt auch, wenn die versicherte Person nach Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses zwar arbeitslos ist, sich aber sogleich und ernsthaft um die Aufnahme einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit bemüht und sich diese Bemühungen nicht als aussichtslos darstellen (vorübergehende Arbeitslosigkeit). Die zuvor genannten Anforderungen gelten auch als erfüllt, solange die versicherte Person während der vorübergehenden Arbeitslosigkeit krank und ausschließlich durch ihre Krankheit daran gehindert ist, eine zuvor beschriebene Tätigkeit aufzunehmen.</p>	<p>⚠ Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Hinweis: ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit (im Sinne des Arbeitsförderungsgesetzes): 3-Monats-Frist verlängert sich auf 6 Monate</p>	<p>✓ 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*. Es gelten dann folgende Regelungen (sofern die versicherte Person weiterhin von der Versicherungspflicht befreit ist): 1. ohne AU: a) 70% des vereinbarten Krankentagegeldes (insgesamt max. bis zum Höchstsatz des Arbeitslosengeldes I) b) (...) c) Beitrag wird entsprechend der gekürzten Leistungen angepasst / Anwartschaft für reduzierten Teil möglich 2. mit AU: Anpassung gem. a) + c) erst mit AU-Ende, spätestens 3 Monate nach Eintritt der AL / Anwartschaft für reduzierten Teil möglich</p> <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>✓ Wird die versicherte Person arbeitslos, besteht das Versicherungsverhältnis solange fort, wie Anspruch auf Arbeitslosengeld (nach § 136 SGB III) besteht. Endet dieser Anspruch und besteht weiterhin Arbeitslosigkeit, setzt sich das Versicherungsverhältnis so lange fort, wie sich der Versicherungsnehmer nachweislich ernsthaft um die Wiederaufnahme einer Tätigkeit bemüht und seine Bemühungen nicht erkennbar aussichtslos sind. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck monatlich darzulegen, was er unternommen hat, um eine neue Arbeitsstelle zu finden, und dass seine Arbeitsuche nach wie vor Aussicht auf Erfolg hat. Wird der Nachweis nicht erbracht, endet das Versicherungsverhältnis rückwirkend zu Beginn des Monats, mit dem er sein Bemühen um eine Arbeitsstelle hätte nachweisen müssen. Unabhängig hiervon endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass die Arbeitsuche keine Aussicht auf Erfolg hat.</p>	<p>✓ Wird die versicherte Person arbeitslos, besteht das Versicherungsverhältnis solange fort, wie Anspruch auf Arbeitslosengeld (nach § 136 SGB III) besteht. Endet dieser Anspruch und besteht weiterhin Arbeitslosigkeit, setzt sich das Versicherungsverhältnis so lange fort, wie sich der Versicherungsnehmer nachweislich ernsthaft um die Wiederaufnahme einer Tätigkeit bemüht und seine Bemühungen nicht erkennbar aussichtslos sind. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck monatlich darzulegen, was er unternommen hat, um eine neue Arbeitsstelle zu finden, und dass seine Arbeitsuche nach wie vor Aussicht auf Erfolg hat. Wird der Nachweis nicht erbracht, endet das Versicherungsverhältnis rückwirkend zu Beginn des Monats, mit dem er sein Bemühen um eine Arbeitsstelle hätte nachweisen müssen. Unabhängig hiervon endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass die Arbeitsuche keine Aussicht auf Erfolg hat.</p>
				<p>* Liegen die Voraussetzungen nicht vor, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats nach Eintritt der AL bzw. bei AU spätestens nach 3 Monaten (Fortführung - zu neuen Bedingungen oder nach anderen gleichartigen Tarifen - möglich bei Antragstellung innerhalb in 2 Monaten nach Wegfall der beruflichen Voraussetzungen).</p>		







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Ist das Tagegeld bei Selbstständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	 Als Nettoeinkommen gilt bei Selbstständigen der vereinbarte Vornhundertstz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzl. Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzl. Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenvers.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	 Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht. Zusätzlich zum "Nettoeinkommen" kann auch der Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (SDK) versichert werden.	Nein. Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen* nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst des letzten abgelaufenen Kalenderjahres vor Antragstellung (bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit).  * erzielter Gewinn (Überschuss der 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.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	 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).	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. 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 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.	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 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit; der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umwandeln zu lassen.  Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt auch dann vor, wenn eine (vorübergehende) Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird.	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 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit; der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umwandeln zu lassen.  Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt auch dann vor, wenn eine (vorübergehende) Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird.




# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
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, 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 Erwerbs- 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).	Nein. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Bezug* einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Rentenbezug*; der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umwandeln zu lassen.  * auch wenn die Rente nur vorübergehend gezahlt wird	Nein. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Bezug* einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Rentenbezug*; der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umwandeln zu lassen.  * auch wenn die Rente nur vorübergehend gezahlt wird
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	✔ Nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht). Weitere Voraussetzungen: Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit (Risiko-)Lebens- oder Rentenversicherung bei der uniVersa Lebensversicherung a.G. Einstufung in die Berufsgruppen 1 bis 3 der BUZ-Annamerichtlinien und Beantragung von unisafe HQ mittels eines speziellen Antragsformulars.	⚠ 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.	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	Der Versicherer bietet keine Berufsunfähigkeitsversicherung an - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Der Versicherer bietet keine Berufsunfähigkeitsversicherung an - Leistungsmerkmal nicht relevant.
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehabmaßnahme gesetzlichen Trägers?	✔ Abweichend von § 5 (1) g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.	⚠ 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!	✔ 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 ausführendes ärztliches Attest nachgewiesen wird und – unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.	✔ 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.	✔ Leistungspflicht besteht für ambulant oder stationär durchgeführte Kur- und Sanatoriumsbehandlungen und Reha-Maßnahmen, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet. Hinweis:	✔ Leistungspflicht besteht für ambulant oder stationär durchgeführte Kur- und Sanatoriumsbehandlungen und Reha-Maßnahmen, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet. Hinweis:







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
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.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✔ Leistungen für Entziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✔ Ja. Das Krankentagegeld wird auch - nach vorheriger schriftlicher Zusage - während medizinisch notwendiger stationärer Entziehungsmaßnahmen einschl. 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).	✔ Kein Leistungsausschluss wegen Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren.  Leistungspflicht besteht für ambulant oder stationär durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand; die Zeiten der völligen Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet.	✔ Kein Leistungsausschluss wegen Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren.  Leistungspflicht besteht für ambulant oder stationär durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand; die Zeiten der völligen Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet.
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✔ Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Nottalleinweisung handelte oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).	✔ Eine Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung oder medizinisch notwendiger stationärer Operation - bei akuter Erkrankung während des Aufenthalts - wenn das Krankenhaus das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der versicherten Person ist - bei Arbeitsunfähigkeit, wenn diese mindestens ununterbrochene 14 Tage vor Beginn des Krankenhausaufenthalts bestanden hat und ununterbrochen über das Ende des Krankenhausaufenthalts hinausgeht.	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der 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 vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Nottalleinweisung handelte, - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Medizinisch notwendige Heilbehandlungen in "gemischten Krankenanstalten" bedürfen keiner vorherigen Zusage, aber: Für Rehabilitationsmaßnahmen wird nur geleistet, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand; die Zeiten der völligen Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Medizinisch notwendige Heilbehandlungen in "gemischten Krankenanstalten" bedürfen keiner vorherigen Zusage, aber: Für Rehabilitationsmaßnahmen wird nur geleistet, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand; die Zeiten der völligen Arbeitsunfähigkeit werden dann auf die Karenzzeit angerechnet.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?				 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: - 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 austerapiert ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt (ggf. ärztliches Zeugnis erforderlich) - Anspruch entfällt bei Arbeitnehmern, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht (unbezahlte Freistellung ist ggf. nachzuweisen). Hinweis: Kind muss ebenfalls bei der ARAG krankheitskostenvollversichert sein!	Nein. Der Tarif sieht keine Leistungen bei Erkrankung eines Kindes vor.	Nein. Der Tarif sieht keine Leistungen bei Erkrankung eines Kindes vor.







# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	<p>✔ Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.</p>	<p>✔ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Krankentagegeld wird in tariflichem Umfang gezahlt.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ Abweichend von § 5 (1) d) MB/KT 94 besteht ausserhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Dies gilt sinngemäß auch für Selbstständige.</p>	<p>✔ 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.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate (bei Selbstständigen des letzten abgelaufenen Kalenderjahres) vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt 8 Monate ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ Als Versicherungsfall gelten auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch, sofern in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.</p> <p>Während Zeiten der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz) besteht keine Leistungspflicht; die in diesen Zeiträumen angefallenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit werden nicht auf die Karenzzeit angerechnet.</p>	<p>✔ Als Versicherungsfall gelten auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch, sofern in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.</p> <p>Während Zeiten der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz) besteht keine Leistungspflicht; die in diesen Zeiträumen angefallenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit werden nicht auf die Karenzzeit angerechnet.</p>
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?	<p>✔ Entbindungspauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.</p>		<p>✔ Entbindungspauschale in Höhe des zwölffachen Krankentagegeldes.</p>	Nein, es wird keine Entbindungspauschale gezahlt.	Nein, es wird keine Entbindungspauschale gezahlt.	Nein, es wird keine Entbindungspauschale gezahlt.


















# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Gelten Bedingungenverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?	Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	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).  Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Anrainerstaat Deutschlands (als Grenzpendler): Versicherungsschutz besteht in dem Umfang weiter, wie er zuvor in Deutschland bestanden hat. Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR: Leistungen nur für dort akut eingetretene Krankheiten/Unfälle für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus oder in einer Privatklinik*. Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU/des EWR: Versicherung endet; anderweitige Vereinbarung kann getroffen werden.	Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.  Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Anrainerstaat Deutschlands (als Grenzgänger): Versicherungsschutz erstreckt sich auf die im Rahmen einer ambulanten oder stationären Heilbehandlung festgestellten Arbeitsunfähigkeit im betreffenden Anrainerstaat. Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb des EWR/in die Schweiz (kein Grenzgänger): Kein Versicherungsschutz. Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR/der Schweiz: Versicherung endet; anderweitige Vereinbarung kann getroffen werden oder Umwandlung in Anwartschaftsversicherung.	Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.  Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Anrainerstaat Deutschlands (als Grenzgänger): Kein Versicherungsschutz. Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR/der Schweiz: Versicherung endet; anderweitige Vereinbarung kann getroffen werden oder Umwandlung in Anwartschaftsversicherung.
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/eine Rückreise mgl.)	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Ausnahme: vorherige schriftl. Zusage oder vorherige Mitteilung an Versicherer. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	Die Leistung ist vorhanden. 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	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Hinweis: Kein Verzicht auf Kurortklausel.	Die Leistung ist vorhanden. 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).	Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor. Hinweis: Nach vorheriger Zusage in Textform kann der Versicherungsschutz über Deutschland hinaus ausgedehnt werden, wenn durch den Auslandsaufenthalt medizinisch zu erwarten ist, dass die Arbeitsfähigkeit schneller wiederhergestellt werden kann als dies bei einem Verbleib in Deutschland der Fall wäre.	Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor. Hinweis: Nach vorheriger Zusage in Textform kann der Versicherungsschutz über Deutschland hinaus ausgedehnt werden, wenn durch den Auslandsaufenthalt medizinisch zu erwarten ist, dass die Arbeitsfähigkeit schneller wiederhergestellt werden kann als dies bei einem Verbleib in Deutschland der Fall wäre.














# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Werden Karenzen bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	 Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengerechnet.  Hinweis: Selbstständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	 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.	 Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzen zusammengezählt. Für Selbstständige gilt dies sinngemäß.	 Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, werden auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.	 Sofern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechtigterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Regelung des Leistungsbeginns, also für die Karenzzeit, zusammengefasst.	 Sofern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechtigterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Regelung des Leistungsbeginns, also für die Karenzzeit, zusammengefasst.
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch?	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).	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	 Arbeitnehmer haben bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit während einer stufenweisen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit (Wiedereingliederungsmaßnahme) einen Anspruch auf Krankentagegeld, sofern <ul style="list-style-type: none"> <li>- sie nach ärztlicher Feststellung durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können (Vorlage Wiedereingliederungsplan erforderlich)</li> <li>- die Wiedereingliederungsmaßnahme in unmittelbarem Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, für die der Versicherer leistungspflichtig gewesen ist, durchgeführt wird</li> <li>- 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)</li> </ul> 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.	 Das Krankentagegeld wird auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit gezahlt, sofern ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine mindestens 42-tägige ununterbrochene völlige Arbeitsunfähigkeit bestand - für längstens 3 Monate je Versicherungsfall; evtl. bestehende Ansprüche auf Entgeltersatzleistungen gegenüber Dritten (z. B. gegenüber Arbeitgeber oder gesetzlicher Rentenversicherung) werden von den Krankentagegeldleistungen abgezogen.  Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung (nach § 74 SGB V bzw. § 28 SGB IX) ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend nur eingeschränkt ausüben kann und zudem keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.	 Das Krankentagegeld wird auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit gezahlt, sofern ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine mindestens 42-tägige ununterbrochene völlige Arbeitsunfähigkeit bestand - für längstens 3 Monate je Versicherungsfall; evtl. bestehende Ansprüche auf Entgeltersatzleistungen gegenüber Dritten (z. B. gegenüber Arbeitgeber oder gesetzlicher Rentenversicherung) werden von den Krankentagegeldleistungen abgezogen.  Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung (nach § 74 SGB V bzw. § 28 SGB IX) ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend nur eingeschränkt ausüben kann und zudem keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.





# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	 Dem Versicherungsnehmer wird alle zwei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Die Anpassung wird allen Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag zur Zeit der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und für die ein Krankentagegeld von mindestens 15 EUR versichert ist. Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich bei Arbeitnehmern die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsels der Tarifstufe, wenn diese spät. 2 Mnate nach Änderung beantragt wird)	 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.	 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.	 Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmerfähigkeit, 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.	 Optionsrecht (Anpassung des Versicherungsschutzes): Bei Erhöhung des Bruttoeinkommens (> 5%) kann der Versicherungsnehmer beantragen, das bisher vereinbarte Krankentagegeld im selben Verhältnis zu erhöhen, wie sich das Bruttoeinkommen erhöht hat (max. versicherbarer Tagessatz darf nicht überschritten werden). Die Gehaltsveränderung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens nachgewiesen werden und die Anpassung des Versicherungsschutzes - ggf. auch rückwirkend - zum Zeitpunkt der Erhöhung erfolgen; sofern zum Zeitpunkt der Erhöhung des Bruttoeinkommens Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Vertragsänderung erst mit Beendigung des Leistungsfalles wirksam werden. Hinweis: Das Optionsrecht gilt nur bei nachgewiesener dauerhafter Veränderung des arbeitsvertraglich geschuldeten Entgelts um mehr als 5%.  Dynamisierung der Versicherungsleistung: Der Versicherer erhöht spätestens im 5. Versicherungsjahr nach Versicherungsbeginn und danach alle 36 Monate das Krankentagegeld um 5%, solange der max. versicherbare Tagessatz dabei nicht überschritten wird. Die Erhöhung findet ohne erneute Risikoprüfung statt und gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Der Versicherungsnehmer kann der Erhöhung binnen 2 Monaten nach deren Wirksamwerden rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung widersprechen.	 Optionsrecht (Anpassung des Versicherungsschutzes): Bei Erhöhung des Bruttoeinkommens (> 5%) kann der Versicherungsnehmer beantragen, das bisher vereinbarte Krankentagegeld im selben Verhältnis zu erhöhen, wie sich das Bruttoeinkommen erhöht hat (max. versicherbarer Tagessatz darf nicht überschritten werden). Die Gehaltsveränderung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens nachgewiesen werden und die Anpassung des Versicherungsschutzes - ggf. auch rückwirkend - zum Zeitpunkt der Erhöhung erfolgen; sofern zum Zeitpunkt der Erhöhung des Bruttoeinkommens Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Vertragsänderung erst mit Beendigung des Leistungsfalles wirksam werden. Hinweis: Das Optionsrecht gilt nur bei nachgewiesener dauerhafter Veränderung des arbeitsvertraglich geschuldeten Entgelts um mehr als 5%.  Dynamisierung der Versicherungsleistung: Der Versicherer erhöht spätestens im 5. Versicherungsjahr nach Versicherungsbeginn und danach alle 36 Monate das Krankentagegeld um 5%, solange der max. versicherbare Tagessatz dabei nicht überschritten wird. Die Erhöhung findet ohne erneute Risikoprüfung statt und gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Der Versicherungsnehmer kann der Erhöhung binnen 2 Monaten nach deren Wirksamwerden rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung widersprechen.
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.
<b>Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht</b>						
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht bei GKV-Versicherten?	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für PKV-Vollversicherte - Leistungsmerkmal nicht relevant
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei einer anderer PKV besteht?	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Selbstständige: Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht. Hinweis: Arbeitnehmer: Information wird nachgeliefert/Antwort des Versicherers steht noch aus	 Tarif 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.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant












# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht), wenn die Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	✓ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✓ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✓ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant
<b>Krankentagegeld</b>						
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 (oder für GKV versicherte Arbeitnehmer).	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.	✓ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden - auf den Krankentagegeldtarif fällt dann ein 40%iger Beitragszuschlag an.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden.
<b>max. versicherbarer Tagessatz insgesamt (auch in Kombination verschiedener KZ)</b>						
Max. versicherbarer Tagessatz - Arbeitnehmer	✓ max. Tagessatz: 625 EUR (ab 160 EUR Einkommensnachweis erforderlich)  GKV-Versicherte: in Höhe des individuellen Absicherungsbedarfs (ab 20 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	✓ max. Tagessatz: 300 EUR	✓ max. Tagessatz: 250 EUR	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich	✓ max. Tagessatz: 315 EUR	✓ max. Tagessatz: 315 EUR
Max. versicherbarer Tagessatz - Selbstständige	✓ max. Tagessatz: 625 EUR (ab 110 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✓ max. Tagessatz: 250 EUR	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant
Max. versicherbarer Tagessatz - Existenzgründer (Selbstständige)	✓ max. Tagessatz innerhalb der ersten 24 Monate: 50 EUR (mit Nachweis, z. B. bei Geschäftsübernahme, auch mehr)	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Uns wurden bis jetzt keine Infos übermittelt.	✓ max. Tagessatz: 85 EUR	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant
Max. versicherbarer Tagessatz - Freiberufler	✓ max. Tagessatz: 625 EUR (ab 110 EUR Einkommensnachweis erforderlich)  Existenzgründer innerhalb der ersten 24 Monate: 50 EUR (mit Nachweis, z. B. bei Praxisübernahme, auch mehr)	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✓ max. Tagessatz: 250 EUR	✓ Existenzgründer: 85 EUR ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant
Max. versicherbarer Tagessatz - Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	✓ max. Tagessatz: 625 EUR (ab 160 EUR Einkommensnachweis erforderlich)  GKV-Versicherte: in Höhe des individuellen Absicherungsbedarfs (ab 20 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	s. KTM07W	✓ max. Tagessatz: 250 EUR	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich	✓ max. Tagessatz: 315 EUR	✓ max. Tagessatz: 315 EUR
Max. versicherbarer Tagessatz - Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	✓ max. Tagessatz: 625 EUR (ab 110 EUR Einkommensnachweis erforderlich)  Existenzgründer innerhalb der ersten 24 Monate: 50 EUR (mit Nachweis, z. B. bei Praxisübernahme, auch mehr)	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✓ max. Tagessatz: 250 EUR	✓ Existenzgründer: 85 EUR ⚠ Hinweis: keine Begrenzung / Absicherung in bedarfsgerechter Höhe möglich - bis zum durchschnittlichen Nettoeinkommen Tagessatz > 200 EUR: Gehaltsnachweis erforderlich	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld



	 <b>uni-Top Privat PVN uni-KT 43</b>	 <b>GSP90 GSZ90 GSWO PVN KTA7W</b>	 <b>AM30 S1 Z9 NH VP PPN TA 6</b>	 <b>MedExtra 300 FlexiPro PVN KTV42</b>	 <b>First Class Pro+ PVN KTA43</b>	 <b>Business Class Pro PVN KTA43</b>
<b>Monatsbeitrag:</b>	722,97 €	765,83 €	799,44 €	608,13 €	750,85 €	696,79 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	98 %	93 %	89 %
<b>Krankentagegeld</b>						
Mindestvertragsdauer	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr beginnt am 01.07. und endet am 30.06. eines Jahres.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden; das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres. Hinweis: Endet für die versicherte Person die Krankheitskostenvollversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach diesem Tarif (Umwandlung in Anwartschaft möglich).	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres. Hinweis: Endet für die versicherte Person die Krankheitskostenvollversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach diesem Tarif (Umwandlung in Anwartschaft möglich).
Sonstiges?	 Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).	 Verkürzt sich bei Wechsel des Arbeitgebers die Dauer der Entgeltfortzahlung, so kann im Rahmen der tariflich vorgesehenen Karenzzeiten der Wechsel auf einen Tarif mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Hierbei wird auf die Wartezeiten sowie eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Arbeitgeberwechsel zum nächsten Monatsersten gestellt wird.	 Bei Entbindungen wird nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des zwölffachen Krankentagegeldes gezahlt, höchstens jedoch das 60fache des Monatsbeitrages.	 - 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) - jeder Berufswechsel/Statuswechsel zwischen Angestelltenverhältnis und Selbstständigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen - bei fliegendem Personal (Piloten, Kabine) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit	 - Neuabschluss einer weiteren oder Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit vorheriger Einwilligung des Versicherers - keine Leistungspflicht während Zeiten, in denen trotz eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses keine Arbeitsleistung zu erbringen ist (beitragsfreies Ruhen möglich - auch für Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes); keine Anrechnung auf die Karenzzeit - keine Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund einer vorsätzlich begangenen Straftat durch die versicherte Person eingetreten ist - keine Wartezeiten - bei nach Vertragsabschluss, aber vor Versicherungsbeginn eingetretenen Versicherungsfällen, rechnet die Karenzzeit ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit	 - Neuabschluss einer weiteren oder Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit vorheriger Einwilligung des Versicherers - keine Leistungspflicht während Zeiten, in denen trotz eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses keine Arbeitsleistung zu erbringen ist (beitragsfreies Ruhen möglich - auch für Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes); keine Anrechnung auf die Karenzzeit - keine Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund einer vorsätzlich begangenen Straftat durch die versicherte Person eingetreten ist - keine Wartezeiten - bei nach Vertragsabschluss, aber vor Versicherungsbeginn eingetretenen Versicherungsfällen, rechnet die Karenzzeit ab Beginn der 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			
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip	
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte		- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?	
		- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung	
		- 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.	1.000,00 €	- mind. bis Höchstsatz GebüH	
		- erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)	
		- alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte	
Vorsorge			
- über gesetzliche Programme			
- Schutzimpfungen			
Heilmittel			
- max. Selbstbehalt p.a. €	200,00 €	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. €	200,00 €	Definition Hilfsmittelkatalog	
- offener Hilfsmittelkatalog		- Erstattung in %	

## Gewünschter Leistungsumfang

- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		- mindestens funktionale Standardausführung	
- Atemmonitor (Heimgerät)		- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis	
- Herzmonitor (Heimgerät)			
- Beatmungsgerät (Heimgerät)			
- Heimdialysegerät			
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-)Begrenzung			
- Hör-/Sprechgeräte			
- Orthopädische Schuhe			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät			
- Blindenlese-/Vorlesegerät			
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung			
- Prothesen			
- Kunstaugen			
- Orthesen			
<b>Sehhilfen</b>			
- Erstattung xx €	200,00 €	- Anspruch mind. alle ... Monate	
<b>- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Psychotherapie</b>			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	50	- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte	
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage			
<b>Ambulante Transporte</b>			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)	
- bei Gehunfähigkeit			
- ambulante Notfalltransporte			
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>sonstiges</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Kurleistung ambulant</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Ambulant</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

## Stationäre Leistungen

<b>Stationär</b>			
2-Bettzimmer		1-Bettzimmer	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten	
<b>Gebührenordnung Stationär</b>			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung	
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			

## Gewünschter Leistungsumfang

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





## Zahn Leistungen

<b>Zahn</b>			
Zahnbehandlung %	90 %	- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)	
Zahnersatz %	80 %		
Kieferorthopädie %	80 %		
<b>Gebührenordnung Zahn</b>			
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)		- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	
		- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung	
<b>Zahn</b>			
Summenbegrenzung max. ... Jahre	10	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

<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Ausland</b>			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	3	- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	
- Rücktransport aus dem Ausland		- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	
		- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland	
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>			
Optionsrecht auf Höherversicherung		- anlassbezogenes Optionsrecht	
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	1	- keine Beschränkung der Zieltarife	
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen		- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen	

## Gewünschter Leistungsumfang

- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...	45	- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung	
<b>- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
<b>Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)</b>			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

## Krankentagegeld Leistungen

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