

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Zahnärztetarife
Nachname: Zahnarzt Angestellt 2026
Geburtsdatum: 01.01.1988
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Zahnmediziner/in angestellt
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.03.2026
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
	ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	823,84 €
	MAS.1 URZ PVN MKT.43	988,95 €
	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	736,92 €
	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	900,94 €
	VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	933,52 €
	PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U	777,57 €

Wenn Sie Fragen zu den vorgeschlagenen Produkten haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 600,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 600 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 155 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 660 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die SB beträgt jeweils 20 EUR je Behandlungstag für - ärztliche Leistungen (einschl. refraktiver Chirurgie, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, med. Schulungen bei chronischen Krankheiten, künstlicher Befruchtung und für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die vom behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen, Rezeptausstellungen)) - ambulante Anschlussrehabaßnahmen - soziotherapeutische Leistungen - Leistungen von Hebammen/Entbindungspflegern - Heilpraktikerleistungen - häusliche Krankenpflege - spezialisierte ambulante Palliativversorgung - sozialpädagogische Leistungen - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen - zahnärztliche Leistungen sowie jeweils 20 EUR je - Arzneimittel/Verbandmittel/Impfstoff (keine SB bei Bezug von Generika) - Heilmittel an einem Behandlungstag - Hilfsmittel - Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen - Krankentransport - Tag für eine Haushaltshilfe und - für jede psychotherapeutische Sitzung (für max. 30 Sitzungen p. a., aber nicht mehr als 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag). Sind die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte SB, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag. Hinweis: Der Tarif sieht eine fallbezogene Selbstbeteiligung (SB) vor - die Summe aller hier genannten SB ist auf 500 EUR p. a. begrenzt (= Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Bei unterjährigem Beginn ermäßigt sich die max. zu tragende SB für das Beginnjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 550 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 550 EUR SB = 450 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel*, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR. * bei Einschaltung VR	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 600 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 600 EUR SB = 400 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 600 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 600 EUR SB = 400 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 155 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 155 EUR SB = 845 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: 660 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 660 EUR SB = 340 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: 420 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./.. 200 EUR SB = 800 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR* - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung ./.. 20 EUR SB = 780 EUR - 10 Heilmittel (an 10 Tagen) je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung ./.. 200 EUR SB = 0 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente*, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 80 EUR. * bei Bezug von Generika
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und stationären Bereich.	✔ Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und stationären Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und zahnärztlichen Bereich.
- prozentualer Selbstbehalt?	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Es besteht eine fallbezogene Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, die hälftige Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche beträgt bis zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, pro Versicherungsjahr 300 EUR.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Begrenzung SB-Summe p. a. für Kinder/Jugendliche: 250 EUR (die - jeweilige - fallbezogene SB ist dieselbe wie für Erwachsene).
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Die Selbstbeteiligung entfällt für Vorsorgeuntersuchungen, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird (und für die Leistung bei Bezug von Elterngeld).	⚠ Nein. Hinweis: Gutscheine für Vorsorgeuntersuchungen als freiwillige* Leistung, ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung: - angelehnt an die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Umfang entspricht den gesetzlich vorgesehenen Programmen - jeweiliger Einlösezeitraum ist auf 2 Jahre begrenzt - Frauen ab Alter 20, Männer ab Alter 35 * aus Überschüssen finanziert, von der Mitgliederversammlung festgelegt	✔ Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen gesetzlicher Programme werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme werden - lt. Highlightblatt der Univera (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) - ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung erstattet.	✔ Vorsorgeuntersuchungen und die Entbindungspauschale fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.	Die fallbezogene SB umfasst auch Vorsorgeuntersuchungen.
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Schutzimpfungen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird.	Nein.	✔ Ja.	Nein.	✔ Schutzimpfungen fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Schutzimpfungen bezeichnet werden.	Die fallbezogene SB umfasst auch Schutzimpfungen.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- 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.
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Aufwendungen werden auch über den Höchstsätzen der GOÄ erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet sind und den Anforderungen der Gebührenordnung entsprechen.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	✔ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten für Heilbehandlungen auch ohne Anwendung der deutschen GOÄ erstattungsfähig, sofern diese Kosten im Aufenthaltsland ortsüblich sind.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Behandlungen durch Heilpraktiker einschl. dazugehöriger Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Heilpraktikerleistungen werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen einschließlich verordneter Arzneimittel werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist keine Begrenzung festgelegt. Lt. Highlightblatt der Univerisa (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden Heilpraktikerleistungen bis zum vergleichbaren Honorar für Ärzte erstattet.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind ohne Begrenzung auf die Höchstsätze des GebüH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBEST 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Leistung ist nicht!!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewandt werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebÜH aufgeführt sein.	Nein, es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	 Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	Nein, es sind keine Leistungen über das GebÜH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten, sofern VZD1 + oder VZD2+ versichert ist.	 Heilpraktikerleistungen umfassen (sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem GebÜH und darüber hinaus auch) die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem den Tarifbedingungen angehangenen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren ergeben - bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis genannten Gebührensätzen und Höchstleistungsbeträgen.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	 Aufwendungen für Methoden der besonderen Therapierichtungen nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte werden einschließlich Arznei- und Verbandmittel zu 100% erstattet.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	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.	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten, sofern VZD1 + oder VZD2+ versichert ist.	 Erstattungsfähig sind ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie im GebÜH oder dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (Anlage zu den Tarifbedingungen) aufgeführt und nicht in der GOÄ enthalten sind - bis zu den Höchstsätzen der im Verzeichnis genannten Gebührensätzen und Höchstleistungsbeträgen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Ja, Vorsorgeuntersuchungen sind nicht auf gesetzlich eingeführte Programme begrenzt. Erstattungsfähig sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Erkrankungen.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden auch Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren) - bis 500 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren. ⚠ Aufwendungen für Pränataldiagnostik werden bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft übernommen. Hinweis: Schriftliche Klarstellung der UniVersa vom 11.02.2020 zum Thema „Gezielte Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitaufstände“: Hiermit erklären wir, dass es der ständigen Leistungspraxis der uniVersa Krankenversicherung a. G. entspricht, die Aufwendungen für die ambulante Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) gemäß § 1 Abs. 2b) MB/KK 2009 ohne Berücksichtigung von Altersgrenzen und ohne festgelegte Zeitaufstände im tariflichen Umfang unserer Vollversicherungstarife zu erstatten.	✔ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✔ Erstattet* werden Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle und - bis 500 EUR p. a. - darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen (bei unterjährigem Beginn Reduzierung des Erstattungshöchstbetrages im Beginnjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat). * abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR)
- Schutzimpfungen?	✔ Erstattet werden staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer empfohlen werden sowie Reiseimpfungen - auch über die Empfehlungen der STIKO hinaus, wie z. B. Malaria.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Grippeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.	✔ Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen (einschl. Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Darüber hinaus werden auch Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten) vergütet - bis insgesamt 500 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren.	✔ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (z. B. solche gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut). Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge nicht verpflichtet ist, die Kosten hierfür zu übernehmen.	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen einschl. Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als - Standardimpfung, - Indikationsimpfung, - Reiseschutzimpfung oder - aus beruflichen Gründen empfohlen werden. Darüber hinaus werden die Reiseschutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis sowie die Malaria-Prophylaxe übernommen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	✔ Erstattungsfähig sind Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören - Inhalationen - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie (abschließende Aufzählung: Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, Packungen/ Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte-/ Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen) - Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) - Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) - Podologie - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) (- physiotherapeutische Palliativversorgung, sofern Aufwendungen nicht bereits von SAPV umfasst) (- Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts-/ Rückbildungsgymnastik) (- Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer - nach vorheriger schriftlicher Zusage)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie - Ergotherapie - Podologie (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung)) (- Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurs)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (medizinische Fußpflege) (- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen) (- Hippotherapie) einschl. ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	✔ Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten).
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Heilmittel werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von max. 20 EUR je Heilmittel an einem Behandlungstag erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für Heilmittel fällt nur die fallbezogene SB an (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).
- 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. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.	✘ Nein. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.	✔ 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.	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- 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.	✖	✖	✔ 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.	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.
- Logopädie	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.	✔ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✔ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Erstattungsfähig sind auch medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie, Überwachung und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte), sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Erstattungsfähig sind medizinische Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke), die - Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen, - zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, - zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel) sowie - Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhundes, - Hinzuziehen einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist - Unterweisung, Wartung und Reparatur (aber nicht von Sohlen und Absätzen orthopädischer Maßschuhe). nicht mitversichert: Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).	✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Erstattungsfähig: - kleinere Hilfsmittel: Brillen, Blutzuckermessgerät, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung - weitere (größere) Hilfsmittel (in einjährigen Abständen) wie z. B. orthopädische Schuhe, Hörhilfen (elektronische Hörgeräte), Heimdialysegeräte bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrräder, elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen, Blindenhund, Haarsatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Kontaktlinsen, Gehapparate (Rollator, Delta-rad, Gehgestell), Gehstützen, Stützapparate einschl. Liegeschalen, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz, lebenserhaltende Hilfsmittel - Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln - die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung. Unter Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde. Erstattungsfähig sind die Kosten für ein Hilfsmittel einschl. Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch. Zudem sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher) erstattungsfähig, sofern dies für die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen - Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen), - Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind, - Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	 Hilfsmittel* werden zu 100% erstattet, wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden und/oder nicht mehr als 500 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel* werden entsprechend erstattet, wenn sie über das Hilfsmittelmanagement der INTER bzw. nach vorheriger Zusage bezogen werden, andernfalls werden 80% vergütet. * Sehhilfen und orthopädische Schuhe werden generell zu 100% erstattet, es gelten aber Erstattungshöchstbeträge (s. nachfolgende Leistungspunkte).	 Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	 Erstattet werden: - zu 100%: orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen - zu 100% bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten zu 75%): orthopädische Maßschuhe (abzg. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körperersatzstücke, Orthesen, Herzschrittmacher, Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Blindenstock, Blindenhund - elektronische Lesegeräte bis max. 2.450 EUR - Hörgeräte bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät - Perücken bis zu max. 520 EUR - Bettnässertherapiegerät bis max. 120 EUR - Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis max. 200 EUR p. a. - Bewegungsschienen bis max. 600 EUR pro Versicherungsfall - Tens-/EMS-Geräte bis max. 150 EUR pro Gerät - weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	 Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	 Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Hilfsmittel werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von max. 20 EUR je Hilfsmittel erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	 Für ein Hilfsmittel fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, wenn es mehr als 500 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage bezogen wird (gilt nicht für Sehhilfen und orthopädische Schuhe, s. nachfolgende Leistungspunkte). Für Hilfsmittel, die im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden, fällt grundsätzlich keine Selbstbeteiligung an.	 Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 25% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen).	 Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Wenn vor dem Kauf eines Hilfsmittels, das mehr als 1.000 EUR kostet, ein Kostenvoranschlag eingereicht wird, fällt nur die fallbezogene SB an (s. auch Leistungspunkt "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis"); Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR.
- 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	Hilfsmittel, die mehr als 500 EUR kosten, müssen über den Versicherer bezogen oder von ihm vorab zugesagt werden (gilt nicht für Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung, Sehhilfen und orthopädische Schuhe).	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich (allerdings sollen Hilfsmittel, die für einen eingrenzenden Zeitraum benötigt werden, vorrangig mietweise bezogen werden). Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl/Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice und empfiehlt vor Bezug eines Hilfsmittels ab 350 EUR die ärztliche Verordnung vorzulegen.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 25% gekürzt.	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Bei Hilfsmitteln, die mehr als 1.000 EUR kosten, ist (außer bei Hörgeräten) vor Bezug ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung gekauft, wird die über 1.000 EUR hinausgehende tarifliche Leistung zu 80% erbracht.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor. Anmerkung des Versicherers: Im Rahmen der Einzelfallprüfung können Miete und Sachkosten für Heimdialyse übernommen werden.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Heimdialysegeräte bei Nierenversagen 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?	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	✔ Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) sind ohne Begrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig.	✔ Hörhilfen (elektronisches Hörgerät) und elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperation sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte (apparative) einschl. dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden je Ohr bis 1.500 EUR p. a. erstattet; voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen) und Sprechgeräte ohne betragsliche Begrenzung.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen werden bis 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	✔ Blindenhunde sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschl. der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehnfähige versicherte Person sind erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBEST 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) wird bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben vergütet.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarersatz).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ 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, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate einschl. Liegeschalen.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ Sehhilfen (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Arbeitsbrillen) werden bis 500 EUR erstattet.	✔ Brillen (keine Luxusausführung) und Kontaktlinsen werden ohne betragliche Begrenzung erstattet. Der jeweils gültige Betrag, bis zu dem ein Brillengestell nicht als Luxusausführung angesehen wird, wird in der Mitgliederzeitschrift ausgewiesen, kann aber auch beim Versicherer erfragt werden. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre. Hinweis: Lt. Infoblatt 01.14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen): Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschl. Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wie folgt erstattet: - Einstärkengläser/Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/Mehrstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist kein Erstattungs(höchst-)betrag für Sehhilfen festgelegt. Lt. Highlightblatt der Univera (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden - Brillengestelle bis 125 EUR, Einstärkengläser bis 300 EUR und Mehrstärkengläser bis 600 EUR - Kontaktlinsen bis 410 EUR erstattet.	✔ Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 400 EUR erstattet. Bei einer Sehschwäche von mind. 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Hinweis: ab 8 Dioptrien: 600 EUR	✔ Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestell, Kontaktlinsen) werden bis 400 EUR erstattet. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Hinweis: Beitragszuschlag von 10 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei dauerhafter Änderung der Sehschärfe seit dem Bezug der letzten Sehhilfe erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist keine zeitliche Begrenzung festgelegt. Lt. Highlightblatt der Univera (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden - Brillen alle 2 Jahre - Kontaktlinsen in einjährigen Abständen erstattet.	✔ Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	✔ Sehhilfen sind je Leistungsperiode, diese umfasst 2 aufeinanderfolgende Kalenderjahre, erstattungsfähig. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung						
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	✔ Erstattet werden alle refraktiven chirurgischen Maßnahmen (inkl. Vor- und Nachuntersuchung) zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. durch LASIK, LASEK, Linsenimplantate) bis 2.500 EUR pro Auge innerhalb von 24 Monaten.	✔ Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z. B. LASIK) werden bis 1.500 EUR pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.	✔ Operative Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit wird zu 100% erstattet.	✔ Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) werden erstattet.	✔ Versichert sind nach Ablauf von 2 Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Die Aufwendungen werden bis insgesamt 2.000 EUR je Auge erstattet. Hinweis: frühestens nach 2 Jahren	✔ Augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit (refraktive Chirurgie) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen werden innerhalb der ersten 2 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bis 400 EUR je Auge erstattet, danach werden Aufwendungen je Versicherungsfall bis 2.500 EUR je Auge vergütet (bzw. 1.500 EUR bei vorliegender Sehschwäche, s. o.). Hinweis: in den ersten 2 Kalenderjahren: 800 EUR wenn bei Vertragsabschluss Sehschwäche vorliegt: 3.000 EUR ab dem 3. Kalenderjahr
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, systemische Therapie, Verhaltenstherapie) ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie).
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	❌ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	❌ 15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	❌ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Die ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr werden zu 100% abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Sitzung (aber nicht mehr als 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag) erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Ab der 31. Sitzung erfolgt die Erstattung zu 80%.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Erstattungsfähig sind Fahrten mit einem Taxi, einem öffentlichen Verkehrsmittel oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) zur: - ambulanten Chemotherapie oder - ambulanten Strahlenbehandlung oder - Dialysebehandlung. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	✔ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten zu 75%).	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Hin- und Rücktransporte zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.	✔ Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung sind erstattungsfähig (abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR für Hin- und Rückfahrt zusammen; Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	 Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug (hin und zurück)): - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	 Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	 Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit zu 100% erstattet.	 Ja, Fahrten und Transporte bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker sind erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind auch - ab Pflegegrad 3 - medizinisch notwendige Hin- und Rücktransporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt.	 Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	 Erstattungsfähig sind - notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus sowie ärztlich verordnete Fahrten* - zur und von der ambulanten Operation in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung - zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen). * abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR für Hin- und Rückfahrt zusammen; Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	Nein. Ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.	Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nur bei Gehunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 s. vorherigen Leistungspunkt
- Ambulante Notfalltransporte?	 Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, privates Kraftfahrzeug) zum Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten Zuständen. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	 Ja, Fahrten und Transporte in Notfällen zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus sind erstattungsfähig.	 Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	 Erstattungsfähig sind notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Harn- und Blutteststreifen gehören zu den erstattungsfähigen Arznei- und Verbandmitteln. Hinweis: Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	 Arznei-/Verbandmittel (hierzu gehören auch Harn- und Blutteststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	 Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente sowie Harn- und Blutteststreifen. Hinweis: Es fällt nur die fallbezogene SB von 20 EUR je Arzneimittel, je Verbandmittel, je Impfstoff an (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR); sie entfällt für Arzneimittel/ Impfstoffe, die als Generika bezogen werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✔ Versichert sind Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel (als Monopräparate), die zur Behandlung von Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind. Bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden, sind ebenfalls erstattungsfähig.	✔ Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.	Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Nach ärztlicher Verordnung sind Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist, sowie Vitaminmonopräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen.	✔ Erstattungsfähig sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.	✔ Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	Nähr- und Stärkungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z. B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren (sowie sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen).	✔ Ja. Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig (sofern die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erfolgen).
- Krankenhausambulanzen?	✔ Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✔ Ja. Behandlungen in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen sind erstattungsfähig (sofern die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erfolgen).
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ Ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (auch psychiatrische Pflege sowie Intensiv-Behandlungspflege) wird nach vorheriger schriftlicher Zusage zu 100% erstattet, sofern der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend des Versorgungsvertrages berechnet werden. Erstattungsfähig unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Aufwendungen für: - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in häuslicher Umgebung; bis zu vier Wochen, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht - stationäre Kurzzeitpflege in einer zugelassenen Einrichtung nach SGB XI oder einer anderen geeigneten Einrichtung, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach dem Tarif der Pflegepflichtversicherung besteht (Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten werden nicht vergütet).	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherer bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der GOÄ erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.	✔ Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte ist erstattungsfähig, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen (Behandlungspflege (insbesondere auch medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege), Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (bis zu 4 Wochen), Leistungen der Unterstützungspflege (bis zu 4 Wochen)) durchführen kann. Der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) muss einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) ist erstattungsfähig, wenn die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V geschlossen haben. Die Kosten für häusliche Krankenpflege sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages (nach § 132 a SGB V) verlangen kann (abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag; Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Palliativversorgung?	✔ Ja. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird erstattet - gemäß den jeweils abgeschlossenen Verträgen zwischen den Palliativ-Teams und den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen.	✔ Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre, wenn - die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und - eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Anspruch auf Erstattung unter den o. g. Voraussetzungen haben auch Versicherte in Altersheimen, stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen.	✔ Erstattungsfähig sind zu 100% ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Anspruch auf Erstattung der Leistungen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung (gem. § 37b SGB V), sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132d SGB V) verfügen.	✔ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind zu 100% bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.	✔ Ja. Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist erstattungsfähig, wenn - sie durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen haben, durchgeführt wird und - die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt und - eine Spezifikation der im Rahmen der SAPV erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit, Dauer sowie Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschl. des Medikamentsplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden. Die Kosten sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages (nach § 132 d SGB V) verlangen kann (ärztlich durchgeführte SAPV im Rahmen GOÄ) - abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag; (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	✔ Bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten Kur bis zu einer Dauer von 28 Tagen sind ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel erstattungsfähig, nicht jedoch Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung. Ein Anspruch auf eine erneute Erstattung einer Kur entsteht nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Kur.	✔ Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Vorsorgekuren sind im Rahmen der Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme mit der Pauschale von 500 EUR abgegolten (s. Leistungspunkt "Vorsorge - über gesetzliche Programme").	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.

Leistungsvergleich Ambulant

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Ambulant						
Sonstiges	✔ Erstattungsfähig sind auch: - ambulante Heilbehandlungen (nach Nr. 1.1 der AVB, Teil II), wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden - Frühförderungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (medizinisch-therapeutische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinär besetzten Frühförderstellen) - Soziotherapie nach vorheriger schriftlicher Zusage; max. 120 Behandlungseinheiten innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall. Die genauen/weiteren Leistungsvoraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattet werden auch: - Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht - medizinische Schulungen für chronisch Kranke, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage - Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (ärztliche Leistungen: im Rahmen GOÄ / Fachkräfte für Soziotherapie: max. bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.	✔ Erstattet werden auch: - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Soziotherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattungsfähig sind auch: - Hausgeburten durch Ärzte, Hebammen bzw. Entbindungspfleger - sozialpädiatrische Behandlungen sowie Frühförderungsbehandlungen in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der PKV oder GKV verfügen; bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit den Leistungserbringern vereinbart hat - die im Rahmen einer ambulanten telemedizinischen Behandlung erbrachten ärztlichen Leistungen.	✔ Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Soziotherapie - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattungsfähig sind auch - Soziotherapie: bis zu der Höhe, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages verlangen kann (vom Arzt durchgeführt: im Rahmen GOÄ); je Versicherungsfall max. 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren - sozialpädiatrische Leistungen (bis Alter 17): bis zu der Höhe, die die Einrichtung mit der GKV vereinbart hat - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (bis Alter 17) direkt nach einer stationären Krankenhausbehandlung; bis zu der Höhe, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages verlangen kann (vom Arzt durchgeführt: im Rahmen GOÄ); je Versicherungsfall max. 20 Nachsorgeeinheiten innerhalb von 12 Wochen - ärztliche Leistungen (im Rahmen GOÄ) für Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Asthma, Neurodermitis) jeweils abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR* je Behandlungstag - Haushaltshilfe: bis 20 EUR je Stunde und 80 EUR je Tag für max. 28 Tage p. a. (vorherige schriftliche Zusage erforderlich), abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR* je Tag. Die genauen Voraussetzungen/Weitere Details sind den Tarifbedingungen zu entnehmen. * Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR

Leistungsvergleich Stationär

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✔ PREMIUM_MED: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. SP1: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ PREMIUM_MED: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. SP1: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, 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.	✔ PREMIUM_MED: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen. SP1: Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ PREMIUM_MED: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. SP1: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Aufwendungen werden auch über den Höchstsätzen der GOÄ erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet sind und den Anforderungen der Gebührenordnung entsprechen.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ PREMIUM_MED: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Regelhöchstsätze der GOÄ begrenzt. SP1: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.

Leistungsvergleich Stationär

	 ZAMLBEST 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	 Ja. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten für Heilbehandlungen auch ohne Anwendung der deutschen GOÄ erstattungsfähig, sofern diese Kosten im Aufenthaltsland ortsüblich sind.
Privatkliniken						
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.		 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im 3- oder Mehrbettzimmer (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten. Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/ KHEntgG bzw. der BpflV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind, erfolgt die Erstattung nach Maßgabe des KHG/ KHEntgG bzw. der BpflV.	 In Krankenhäusern innerhalb Deutschlands, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im 3- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschl. ärztlicher Leistungen und Nebenkosten erstattet, soweit sie die nach dem KHEntgG bzw. der BpflV vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles/einer nicht planbaren Behandlung das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV bzw. dem KHEntgG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntgG. Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.	Erstattet werden nur vom Krankenhaus berechnete Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz.	 Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).	 Ja. Erstattet werden auch allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) von Krankenhäusern, die nicht der BpflV bzw. dem KHEntgG unterliegen. Die Regelungen zur Vergütungshöhe der BpflV bzw. des KHEntgG finden bei diesen Krankenhäusern keine Anwendung.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatartzt) erstattungsfähig?	✔ In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/ KHEntgG bzw. nach der BPRIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer.	✔ Wahlleistungen (2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung) sind erstattungsfähig.		Erstattet werden nur vom Krankenhaus berechnete Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz + Arzthonorare.	✔ Ja, Unterbringung im 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	✔ PREMIUM_MED: Es sind keine Wahlleistungen versichert. SP1: Ja. Erstattet werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt + privatärztliche Leistungen.
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug) zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder ein Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) sind erstattungsfähig.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen werden 25 EUR pro Tag (einschließlich Entlassungstag) gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer ebenfalls täglich 25 EUR (ohne Entlassungstag). Für Kinder bis 15 Jahre werden jeweils 12,50 EUR gezahlt. Bei teilstationären Behandlung und Anschlussrehabilitationen besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.	Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer werden 40 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 60 EUR pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld von 225 EUR.	✔ Bei Verzicht auf die Unterbringung im 2-Bettzimmer bzw. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden jeweils 25 EUR pro Tag gezahlt.	✔ PREMIUM_MED: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. SP1: Verzicht auf Kostenerstattung für das Ein-Bettzimmer werden 20 EUR gezahlt. Verzicht auf Kostenerstattung für das Ein- und Zweibettzimmer werden 40 EUR gezahlt. Verzicht auf die privatärztliche Behandlung werden 50 EUR gezahlt.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔  Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes in Deutschland. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt. Hinweis: Krankenhausbehandlungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	 Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine akut stationäre Behandlung handelt. - es sich um eine Anschlussrehabilitation handelt.	 Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB").	 Ja, Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	 Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung eine Anschlussheilbehandlung anschließt.	 Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	 PREMIUM_MED: Ja. Eine schriftliche Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert. SP1: Ja. Eine schriftliche Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	 Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	 Für eine notwendige stationäre Versorgung in einem Hospiz wird geleistet, wenn - die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - die Lebenserwartung voraussichtlich auf Wochen oder wenige Monaten begrenzt ist, - eine ärztliche Verordnung vorliegt und - das Hospiz von der GKV durch Versorgungsvertrag zugelassen ist. Erstattungsfähig sind - einschließlich der Leistungen der Pflegepflichtversicherung - 100% der Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.	 Ja, die Kosten für die stationäre Versorgung in einem Hospiz sind erstattungsfähig.	 Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	 Ja, erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100% der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz.	 Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	 PREMIUM_MED: Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der GKV anerkannten Hospiz, in dem palliativ- medizinische Behandlungen erbracht werden - bis zu der Höhe, die in dem jeweiligen Hospiz für die Versorgung eines Versicherten in der GKV aufzuwenden wäre. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. SP1: Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Ja. Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn ein nach diesem Tarif versichertes Kind bis zum vollendeten 13. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird.	✔ Als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gilt auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.	✔ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Bundespflegesatzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.	✔ Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.	✔ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.	✔ PREMIUM_MED: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person. Sofern die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung max. 15 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson stets als aus medizinischen Gründen notwendig. SP1: "Rooming in" ist nicht versichert.
- Kuren stationär?	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✔ Stationäre Kuren sind bedningsgemäß nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.

Leistungsvergleich Stationär

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Sonstiges		✔ Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus: - wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der Pflegepflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können - muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen - Versorgung mit Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln, Aktivierung der Versicherten, Grund-/ Behandlungspflege, Entlassmanagement, Unterkunft, Verpflegung, im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung - für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung und - je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre. Wahlleistungen sind nicht erstattungsfähig. Stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.	Keine Leistung vorhanden.		✔ Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung, sofern sie - unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt, - in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und - keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.	✔ Erstattungsfähig sind auch die Kosten für pflegerische Leistungen, Betreuung und medizinische Behandlungspflege (stationäre Kurzzeitpflege). Die Voraussetzungen/Details sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.

Leistungsvergleich Zahn

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!).	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	 Erstattungsfähig sind 100% des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten bei ambulanter zahnärztlicher Behandlung. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig. Mitversichert sind auch vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen (Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe)).	 Die Kosten für Zahnbehandlung sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Zahnbehandlung (hierzu zählen auch Anästhesie- und Röntgenleistungen) sind zu 100% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).
Zahnersatz (%)?	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!). Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.	 Erstattungsfähig sind 100% des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten bei ambulanter zahnärztlicher Behandlung. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig. Zum Zahnersatz gehören u. a. auch Kunststoff- und Keramikverblendungen und DROS-Schienen.	 Die Kosten für Zahnersatz sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).
- Kieferorthopädie (%)?	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!).	Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	 Erstattungsfähig sind 100% des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten bei ambulanter zahnärztlicher Behandlung. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	 Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR).
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Behandlungskosten sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten ersetzt (altersunabhängig).	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	 Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	 Behandlungskosten sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	 Es sind nur die Material- u. Laborkosten erstattungsfähig.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	 Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	 Behandlungskosten sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	 Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	 Es sind nur die Material- u. Laborkosten erstattungsfähig.	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig (sofern im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen).	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ.	Es sind nur die Material- u. Laborkosten erstattungsfähig - ohne Begrenzung auf Preisverzeichnisse, preislische Regelwerke oder Preislisten.	✔ Ja. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten für Heilbehandlungen auch ohne Anwendung der deutschen GOZ erstattungsfähig, sofern diese Kosten im Aufenthaltsland ortsüblich sind.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ 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.	⚠ Begrenzung der Erstattung von Material- u. Laborkosten laut Sachkostenliste.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten folgende Rechnungshöchstbeträge: insgesamt - 1.800 EUR im 1. und 2. Kalenderjahr - 2.600 EUR im 3. und 4. Kalenderjahr - 3.900 EUR im 5. und 6. Kalenderjahr - 5.200 EUR im 7. und 8. Kalenderjahr - 7.800 EUR im 9. und 10. Kalenderjahr	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Erstattungsfähiger Höchstbetrag: - 1.550 EUR im ersten Versicherungsjahr, - 3.100 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren, - 4.650 EUR in den ersten drei Versicherungsjahre. Bei unterschiedlichen Erstattungsprozentsätzen werden auf die Höchstsätze der jeweiligen Versicherungsjahre zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/ Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/ funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.	⚠ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen. Hinweis: individuelle Zahnstoffel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.	✔ Für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate, augmentative Behandlungen gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 5.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren - 10.000 EUR in den ersten 6 Kalenderjahren.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Keine bedingungsgemäße Summenbegrenzung in den ersten Jahren. Die individuelle Summenbegrenzung entfällt für Kosten, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Die Summenbegrenzung gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 5.000 EUR oder mehr ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen, andernfalls wird die Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages (der Material- und Laborkosten) auf 50% gekürzt.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (incl. Kostenvorschlags des zahntechnischen Labors) vorzulegen, ansonsten besteht für die über 2.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung. Bei Implantaten ist generell vorab ein Heil- u. Kostenplan (mit Material- und Laborkostennachweis) erforderlich, andernfalls erfolgt eine Kürzung der tariflichen Leistung um 50%.	✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Für Zahnersatz (einschließlich Kronen, nicht jedoch für die Anfertigung einer Einzelkrone) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat.	Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung vor Behandlungsbeginn wird der 1.500 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 50% ersetzt.	Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten, augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000 EUR betragen; ansonsten werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte des tariflichen Erstattungssatzes vergütet.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind lediglich Material- und Laborkosten.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Es werden nur Material- und Laborkosten zu 100% ersetzt.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. Augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung von oralen Implantaten erstattet.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Erstattungsfähig sind lediglich Material- und Laborkosten.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Es werden nur Material- und Laborkosten zu 100% ersetzt.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges	Keine Leistung vorhanden.		Keine Leistung vorhanden.			

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ ZAMLBest 1: Markteinführung: 01.2017 KTMA 6: Markteinführung: 04.2019	✔ MAS.1, MKT.43, URZ: Markteinführung: 01.2013	✔ VZ600-U: Markteinführung: 09.2013 KTGA 42-U: Markteinführung: 01.2013	✔ uni-STM 100, uni-ZAM 100, uni-AM 155, uni-KT 43: Markteinführung: 01.2013	✔ VZD2plus, VZK2D plus, TM42 plus: Markteinführung: 01.2013	✔ PREMIUM_MED: Markteinführung: 01.09.2021 SP1, VA43-U: Markteinführung: 01.2013
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✔ Tarif ist aktuell.	✔ Tarif ist aktuell.				✔ Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	Keine Leistung vorhanden.	✔ MAS.1: Markteinführung Vorgängertarif "MAS 1": 02.1992 MKT.43: Markteinführung Vorgängertarif "MKT 43": 1980		✔ uni-STM 100: Markteinführung Vorgängertarif "STM 100": 1987 uni-ZAM 100: Markteinführung Vorgängertarif "ZAM 100": 1985 uni-AM 155: Markteinführung Vorgängertarif "AM 155": 12.1985	✔ VZD2plus: Markteinführung Vorgängertarif "VZD2": 1990 VZK2D plus: Markteinführung Vorgängertarif "VZK2D":04.1994	✔ Markteinführung Vorgängertarif "VA43": 1983
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (bei Behandlungen/Untersuchungen usw. aufgrund psychischer/psychosomatischer Erkrankungen 5 Jahre).	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kindervunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für 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.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 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.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "(...) oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?" und "Bestehen (...) wiederkehrende Beschwerden (...)?".	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden (...)".	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen (...) - auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?"	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 "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind Maßnahmen (...)?"

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ 1-3 fehlende/nicht ersetzte Zähne: 5 EUR Risikozuschlag für jeden fehlenden/nicht ersetzten Zahn 4-5 fehlende/nicht ersetzte Zähne: aktueller Zahnstatus erforderlich mehr als 5 ersetzte Zähne mit Zahnersatz älter als 5 Jahre: aktueller Zahnstatus erforderlich 6 und mehr fehlende/nicht ersetzte Zähne: Ablehnung	✔ bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung ab 11 ersetzten/überkronten Zähnen: Ablehnung	Es liegen keine Informationen vor.	✔ Einzelfallprüfung bei mehr als 2 fehlenden Zähnen (ggf. zahnärztliche Untersuchungsbericht, Vereinbarung eines Leistungsausschlusses erforderlich).	✔ Bis zu 3 fehlende, nicht ersetzte Zähne (Ersatz ist nicht angeraten oder beabsichtigt) sind versicherbar. 1 fehlender Zahn: keine Einschränkungen 2 und 3 fehlende Zähne: individuelle Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ... Jahre") ab 4 fehlenden Zähnen: Versicherungsmöglichkeit besteht, sobald diese ersetzt sind	✔ - bis 2 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre und/oder 1 fehlender Zahn: ohne Erschwerenis - 3-8 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre Leistungsstaffel - 9 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 5-9 fehlende Zähne: zahnärztliches Zeugnis erforderlich (Leistungsausschluss für alle betroffenen Zähne) - ab 10 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder ab 10 fehlenden Zähnen: Ablehnung (auf Kundenwunsch Leistungsausschluss des kompletten Leistungsbereichs Zahnersatz, KFO, Gebissfunktionsprüfung und orale Implantate; Überprüfung möglich bei Änderung des Risikoverhältnisses).
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind ab Vollendung des 1. Lebensjahres auch alleine versicherbar, VN muss aber mindestens einen Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldtarif beim Versicherer abschließen/abgeschlossen haben.	✔ Kinder sind erst ab einem Eintrittsalter von 6 Jahren alleine versicherbar.	✔ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab vollendetem 2. Lebensjahr auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	VZD2plus, VZK2D plus: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Ab dem 1. leistungsfreien Jahr wird eine BRE von 2 MB gezahlt.
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						gleiche BRE wie Erwachsene
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit ab Beginn des Versicherungsverhältnisses beträgt die BRE für - 1 Jahr: 1,5 MB - 2 Jahre: 1,5 MB - 3 Jahre: 1,5 MB - für 4 und mehr Jahre bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit: s. u. Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit für - 1 Jahr: 0,75 MB - 2 Jahre: 1 MB - 3 Jahre: 1,25 MB - 4 Jahre: 1,5 MB - 5 Jahre: 2 MB - 6 Jahre: 2,5 MB - 7 Jahre: 3 MB Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	Die BRE bei Leistungsfreiheit beträgt ab 2025 (Auszahlung in 2026 ff.): 1 MB für 1 Kalenderjahr (Kj.) 1,25 MB für 2 Kj. 1,5 MB für 3 Kj. 1,75 MB für 4 Kj. 2 MB für 5 Kj. 2,25 MB für 6 Kj.	s. nächsten Leistungseintrag	Die BRE bei Leistungsfreiheit beträgt: 1 MB für 1 bis 3 Kalenderjahre (Kj.) 1,25 MB für 4 Kj. 1,5 MB für 5 Kj. 1,75 MB für 6 Kj. 3 MB für 7 Kj. 3,5 MB für 8 Kj. 4 MB für 9 und mehr Kj. Bei Umstellung aus der Produktlinie CLASSIC (Tarif A/AM) in eine andere Produktlinie werden zur Bestimmung des leistungsfreien Zeitraumes auch die Leistungen der Tarife ZA/ ZAM und ST/STM sowie deren Vertragsverlauf mit einbezogen.	VZD2plus: BRE ab 2024 (Auszahlung in 2025 ff.): 2 MB für 1 leistungsfreies Jahr 3 MB für 2 leistungsfreie Jahre 4 MB für 3 und mehr leistungsfreie Jahre VZK2D plus: BRE ab 2024 (Auszahlung in 2025 ff.): 1 MB für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 MB für 2 leistungsfreie Jahre 2 MB für 3 und mehr leistungsfreie Jahre	Die BRE beträgt nach 2 leistungsfreien Jahren: 1 MB 3 leistungsfreien Jahren: 2 MB nach 5 und mehr leistungsfreien Jahren: 4 MB Hinweis: BRE erst nach 2 leistungsfreien Jahren

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene		gleiche BRE wie Erwachsene	VZD2plus, VZK2D plus: gleiche BRE wie Erwachsene	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Kinder erhalten die gleiche BRE wie Erwachsene.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?			 BRE ab 2024 (Auszahlung 2025 ff.):  800 EUR bei 1-4 leistungsfreien* Jahren 1.100 EUR ab 5 leistungsfreien* Jahren (* im ambulanten und stationären Bereich) jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR Nichtraucher: 25 EUR Fitness: 50 EUR Hinweis: zzgl. evtl. Verhaltensboni, s. Textübersicht			
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?			 bis Alter 19: 200 EUR ab 1 leistungsfreien Jahr			
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Ja.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Die BRE-unschädliche Erstattung gilt nur für die Vorsorgegutscheine.	 Ja. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich.	Nein.	 VZD2plus: Ja. Zahnprophylaktische Leistungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen handelt. VZK2D plus: Ja. Vorsorgeuntersuchungen und zahnprophylaktische Leistungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen handelt.	Nein.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Ja. Impfungen gem. Bedingungen sind BRE-unschädlich.	Nein.	 Ja. Im Tarif genannte Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich.	Nein.	 VZD2plus: Zahntarif - Leistungsmerkmal nicht relevant VZK2D plus: Ja. Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.	Nein.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	Nein.	Nein.	 Ja. Rechnungen unterhalb des absoluten Selbstbehaltes sind BRE-unschädlich.		 VZD2plus: Nein. VZK2D plus: Ja. Die Entbindungspauschale ist BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der Rechnung erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung handelt.	Nein.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	 Ja.	Nein.	 Ja.	 Ja.	 VZD2plus, VZK2D plus: Ja.	 anteilige - garantierte - BRE bei unterjährigem Beginn
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	Nein.	Nein.	Nein.	Nein.	 VZD2plus, VZK2D plus: Nein. Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.	Nein.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	 Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.	 MAS.1: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.	 Dauert der Aufenthalt über die jeweils geltende Leistungsdauer von 3 bzw. 36 Monaten an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen. Während der Leistungsdauer und solange eine besondere Vereinbarung besteht, ist eine Beendigung der Versicherung ausgeschlossen. Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die Leistungsdauer überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50% der tariflichen Leistungen erhalten. Hinweis: Während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 36 Monaten, sofern der Versicherungsbeginn der Krankheitskostenvollversicherung mindestens 36 Monate zurückliegt oder bis zu 3 Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	 Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn a) beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer KV Voll sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht (Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der KV Voll für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) mit zusätzlichen Beitrag getroffen wird), b) die PPV während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während der ersten 3 Monate ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. 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.	 Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	 Nach vorheriger Leistungszusage werden Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen Krankenrücktransport aus dem Ausland (ggf. auch für eine mitversicherte Begleitperson) zu 100% vergütet, ohne Zusage max. 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland. Überführungskosten werden zu 100% ersetzt, ebenso wie Bestattungskosten im Ausland, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung an den Ort entstanden wären, an dem die versicherte Person zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Erstattungsfähig sind auch unter bestimmten Voraussetzungen Mehrkosten bis zu 5.000 EUR je Versicherungsfall für die Rückführung mitreisender minderjähriger - bei der INTER versicherten - Kinder (einschließlich Begleitperson) des nach Tarif ZAMLBest versicherten Erwachsenen aus dem Ausland an den Wohnsitz - bei Tod oder Rücktransport.	 MAS.1: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre.	 Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Überführungskosten in das Heimatland werden bis zu 5.200 EUR erstattet.	 uni-STM 100: Bei akut eintretender Behandlungsbedürftigkeit während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransports erstattungsfähig. uni-AM 155: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	 Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.	 Mehrkosten für einen Rücktransport sind erstattungsfähig; die medizinischen Gründe sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	 Ja. Bei vorübergehender Verlegung von bis zu 12 Monaten (Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden zusammengezählt) innerhalb der EWR-Vertragsstaaten/in die Schweiz bleibt der volle tarifliche Leistungsumfang erhalten.	 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung der dort ortsüblichen Preise; es entfallen auch die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen sowie des Heilmittelverzeichnisses, sofern diese im Tarif enthalten sind. Der Versicherer ist innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung darüber zu informieren. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Es kann auch die Umwandlung in eine Anwartschaft beantragt werden (innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung). Aufenthalte bis zu einer Dauer von 6 Monaten (vorübergehende Unterbrechungen miteingerechnet) gelten nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes.	 Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.	 Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	 Ja. Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung (angemessener Beitragszuschlag; ggf. Befristung (Verlängerung möglich)) das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb des EWR/in die Schweiz kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung beantragt wird. Anderenfalls ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Es kann auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✓ Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung der dort ortsüblichen Preise; es entfallen auch die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen sowie des Heilmittelverzeichnisses, sofern diese im Tarif enthalten sind. Der Versicherer ist innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung darüber zu informieren. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.	✓ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✓ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✓ Ja. Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung (angemessener Beitragszuschlag; ggf. Befristung (Verlängerung möglich)) das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✓ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (> 12 Monate Dauer) verpflichtet sich die INTER zur Fortführung des Versicherungsschutzes (ggf. gegen Beitragszuschlag, mit Ausschluss oder Begrenzung der Leistungen für Krankenrücktransport aus dem Ausland sowie Überführung oder Bestattung im Todesfall), wenn der Versicherungsnehmer dies bis zum Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts beantragt und wenn und solange die versicherte Person über eine Bankverbindung in Deutschland verfügt. Wird die Vereinbarung befristet und beantragt der Versicherungsnehmer vor Fristablauf eine weitere Fortsetzung des Versicherungsschutzes, verpflichtet sich der Versicherer erneut, eine anderweitige Vereinbarung anzubieten. Ohne Vereinbarung besteht auch seitens des Versicherers das Recht, außerordentlich zu kündigen. Der Versicherungsnehmer kann aber auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangen.	✓ Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird und die Gewährung von Versicherungsschutz im anderen Staat zulässig ist. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Beitragszuschlag und/oder einen Tarifwechsel vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Darf der Versicherer in diesem Staat keinen Versicherungsschutz anbieten, endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, von dem an der Versicherer die versicherte Person nicht mehr versichern darf. In beiden Fällen kann zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen für eine spätere Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden (Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung bzw. Beendigung des Versicherungsverhältnisses). Aufenthalte bis zu einer Dauer von 6 Monaten (vorübergehende Unterbrechungen miteingerechnet) gelten nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes.	✓ VZ600-U: Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. VZ Zahn-U: Ja, während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts besteht weltweit Versicherungsschutz sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Der Versicherer kann einen Beitragszuschlag verlangen. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit anderem Zuschlag/Frist) verlangen.	✓ 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.	nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz kann der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Ohne Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von der Verlegung Kenntnis erlangt. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU/ des EWR/der Schweiz kann der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung des Versicherungsverhältnisses in eine Anwartschaft verlangt werden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Optionsrecht auf Höhrversicherung						
- Optionsrecht auf Höhrversicherung in bessere Tarife?	 ZAMLBest 1: Es ist kein Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten. INTER Opti: Einmaliges Optionsrecht auf Erweiterung einer bei der INTER bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (bzw. Beihilfeversicherung) - ohne Wartezeiten in verkaufsoffene Tarife der - Krankheitskostenvollversicherung - Krankentagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen) - Krankenhausstagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen).	Kein Optionsrecht auf Höhrversicherung.	 Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.	Es ist kein Optionsrecht auf Höhrversicherung in den Vertragsbedingungen (AVB, Teil II und III) enthalten. Nach § 1 (6.3) der AVB, Teil I hat der Versicherer bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz das Recht, für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse zu verlangen. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten.	 Die Leistung ist vorhanden.	Kein Optionsrecht auf Höhrversicherung. Es kann ein separater Optionstarif zur Höhrversicherung vereinbart werden (AV-P1).
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	 Das Optionsrecht kann zum Ende des 3., 5. und 10. Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn der betreffenden versicherten Person im Tarif INTER Opti ausgeübt werden; Beantragung frühestens 6 Monate im Voraus möglich.		 Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. Erlangung des Facharztstitels, Niederlassung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.	Keine Leistung vorhanden.	 Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.	
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	 Anlassbezogenes (alternatives) Optionsrecht auf Erweiterung, bei Wechsel - aus dem Angestelltenverhältnis in eine selbstständige/freiberufliche Tätigkeit - aus einer selbstständigen/freiberuflichen Tätigkeit in ein Angestelltenverhältnis - des Arbeitgebers. Beantragung unter Vorlage eines Nachweises innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses.		 Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Einmalig bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation der versicherten Person - Erlangung des Facharztstitels - Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt - Niederlassung - Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind) - Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet	Keine Leistung vorhanden.	 Zusätzliches, anlassbezogenes Optionsrecht auf Höhrversicherung - innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre: - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person - einmal bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltentätigkeit und Selbstständigkeit - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland Des Weiteren ist nach Reduzierung des Versicherungsschutzes (max. zweimal) eine Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif möglich.	
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.	Keine Leistung vorhanden.	 Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
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. (zum Ausübungszeitpunkt muss lediglich Versicherungsfähigkeit für die Zieltarife bestehen)		✔ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangt werden. ⚠ Hinweis: VZ600-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.		✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	✔ Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.		✔ Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat. ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.	Keine Leistung vorhanden.	Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifes für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.	
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	✔ Das Optionsrecht kann bis Alter 49 ausgeübt werden.		✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	✓ AVB Teil I, § 4 (7) Aufwendungen bzw. nach Vorleistung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers verbleibende Aufwendungen (mit Ausnahme von Zuzahlungen) für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit für diese bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 28 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen ein späterer Beginn der Anschlussrehabilitation indiziert ist, ist auch ein späterer Beginn möglich. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in "gemischten Krankenanstalten" ist eine vorherige Leistungszusage nicht erforderlich, wenn es sich um eine Anschlussrehabilitation unter den Voraussetzungen von Absatz 7 handelt. AVB, Teil II Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere ambulante oder stationäre Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7. Es besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhausestagegeld.	✓ AVB, Teil I (§ 4 (4)) 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 der Tarif/ die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) umfasst. AVB, Teil II (§ 5 (7)) Die Leistungseinschränkung gem. § 5 (1d) MB/KK 2009 gilt nicht bei ambulanter und stationärer medizinisch notwendiger AHB. Tariflicher Leistungsanspruch(,) - wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage erteilt hat oder - für die ersten 3 Wochen ((Folge-) Verlängerungen auf Antrag möglich) einer innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen / mangels Verfügbarkeit einer geeigneten AHB-Einrichtung ggf. auch später) nach einer stationären Akutbehandlung begonnenen AHB. (vom Rehaträger bewilligte/zu bewilligende Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen/werden angerechnet, s. auch nächsten Leistungspunkt)	✓ Nr. 27 TB 2012 (Teil II) - AHB (stat.) Eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung im Anschluss an die stat. Behandlung wird bei nachstehenden Diagnosen/Behandlungen ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 4 Wochen (in medizinisch begründeten Einzelfällen ggf. auch später) nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt: Herztransplantationen, Bypass-OP; akuter Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheiben-OP, Gelenkersatz-OP, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schwere Schädel-Hirnverletzungen, Nierentransplantation, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen. Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehaträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt. AHB (amb.) Anstelle einer stat. AHB ist eine amb. Reha-Maßnahme (ärztl. Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung) erstattungsfähig, vorausgesetzt, die amb. Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes und es besteht dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehaträger. Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.	✓ uni-STM 100: s. ambulanten Tarif uni-AM 155: Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB) sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Eine AHB in diesem Sinne liegt vor, wenn sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt oder im ambulanten Rahmen anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.	✓ Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhausestagegeld von 25 EUR.	✓ PREMIUM_MED: Erstattet werden die Kosten für eine ambulante Anschlussrehabilitation, sofern dadurch eine stationäre Anschlussrehabilitation ersetzt oder verkürzt werden kann, und soweit - für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und - die ambulante Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und - zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Beginn der ambulanten Anschlussrehabilitation nicht mehr als 4 Wochen liegen. Erstattungsfähig sind die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation, soweit - für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und - die stationäre Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und - die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und - zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die stationäre Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen. Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. SP1: Erstattet werden die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2 (Teil II der Bedingungen (gesondert berechnete Unterkunft, privatärztliche Behandlung)), soweit - für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und - die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
						– die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und – zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen. Ein Ersatz-Krankenhaustagegeld (bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen) wird nicht gezahlt. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	Nein. Wahlleistungen sind nur erstattungsfähig, soweit für Aufwendungen einer Anschlussreha bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann.	 Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde leistungspflichtig ist, muss bei diesem vor Beginn der AHB bzw. der Verlängerung ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden werden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	Nein. Wahlleistungen werden nicht erstattet.	uni-STM 100: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann. uni-AM 155: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	 PREMIUM_MED: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. SP1: Bestehen Erstattungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 uni-STM 100: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant uni-AM 155: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 PREMIUM_MED: Ja. Leistung vorhanden, s. o. SP1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 uni-STM 100: Ja. Leistung vorhanden, s. o. uni-AM 155: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 PREMIUM_MED, SP1: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Nein. stationäre AHB: nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen ambulante AHB, bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).	 uni-STM 100, uni-AM 155: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	 PREMIUM_MED: Nein. Ambulante Anschlussrehabilitationen werden abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag erstattet (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR). SP1: s. Kompakttarif

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	uni-STM 100: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant uni-AM 155: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	PREMIUM_MED: Nein. Keine Leistung vorhanden. SP1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	uni-STM 100: Nein. Keine Leistung vorhanden. uni-AM 155: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	PREMIUM_MED, SP1: Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha- Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Erstattet werden nur ambulante AHB/ ambulante Reha-Maßnahmen (bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).	uni-STM 100, uni-AM 155: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	PREMIUM_MED, SP1: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage sind ambulante oder stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (außer für Nikotinsucht) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger, Ärzteversorgungswerke) bestehen. Bei einer ambulanten Entziehungsmaßnahme werden 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen (keine Fahrtkosten). Bei stationären Maßnahmen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus erstattet.	 Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen für stoffgebundene Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht) geleistet, wenn - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, - die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung oder die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt. Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% erstattungsfähig, bei der zweiten und dritten 80%. Die verbleibenden 20% sind nach Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.	Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80%, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).	 uni-STM 100: Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht sind nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig: - Anspruch besteht für insgesamt bis zu 3 stationäre (und ambulante) Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit, - es kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, - im stationären Rahmen bis zu einer Dauer von 3 Monaten (keine Wahlleistungen) - der Versicherer hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt, - die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70% erstattet. uni-AM 155: Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht sind nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig: - Anspruch besteht für insgesamt bis zu 3 ambulante (und stationäre) Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit, - es kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, - im ambulanten Rahmen bis zu einer Dauer von 6 Monaten - der Versicherer hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt, - die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70% erstattet. Hinweis: Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.	 Erstattet werden insgesamt drei ambulante/ stationäre Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträger werden angerechnet.	 Erstattet werden max. 3 Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren (ambulant: ärztliche Leistungen, Psychotherapie; stationär: Krankenhausleistungen). Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Die schriftliche Zusage wird erteilt, wenn - keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und - die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird. Keine Erstattung, wenn - Ansprüche der versicherten Person gegenüber anderen Kostenträgern bestehen, aber nicht geltend gemacht werden oder - die Behandlung aufgrund von Nikotinabhängigkeit durchgeführt wird.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung), wenn - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität besteht, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die Kinderwunschbehandlung gegeben ist, - die Behandlung bei Ehepaaren/Partnern in eheähnlicher Lebensgemeinschaft durchgeführt wird, - eine Befruchtung ausschließlich mit Ei- und Samenzellen des Ehepartners/des Partners in eheähnlicher Gemeinschaft (homologe Befruchtung) erfolgt. Folgende Maßnahmen zählen hierbei zu einer künstlichen Befruchtung: Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln. Besteht für die Behandlung des nicht bei der INTER versicherten Ehe- oder Lebenspartners ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. GKV oder PKV), sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind: - bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die nur mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, - die Behandlung wird bei Ehepartnern oder Partnern in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung), - die Behandlung entspricht deutschem Recht, - vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt. Tarifflich erstattet werden bis zu 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatischen Spermieninjektion (einschl. der dabei erforderlichen IVF), intratubaren Gametentransfer (hiervon max. 2 Versuche).	✔ Künstliche Befruchtung ist erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partnern erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht. Ein Leistungsanspruch besteht für: - bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF). Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Anspruch auf Leistungen, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.	✔ Leistungspflicht besteht für künstliche oder extrakorporale Befruchtung, wenn eine organbedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und die Befruchtung nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist. Erstattungsfähig sind bei begründeter Erfolgsaussicht die Aufwendungen für bis zu 5 Behandlungen.	✔ Versichert sind Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Behandlung im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, erfolgt und - eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15% besteht. Der Versicherer empfiehlt eine Klärung der Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).	✔ Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel für max. - 3 Versuche der Insemination und - 3 Versuche der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder 3 Versuche der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einschl. der dabei erforderlichen IVF (IVF/ICSI), wenn - die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und - bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt und - eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und - die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. Bestehen für den nicht bei der Continentale Krankenversicherung versicherten Partner Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern (z. B. GKV, PKV), ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für die verbleibenden Restkosten leistungspflichtig. Die Vorleistung der anderen Kostenträger ist auf den Kostenbelegen nachzuweisen. Wenn der Leistungsanspruch gegenüber den zuvor genannten Kostenträgern nicht oder nicht rechtzeitig geltend gemacht wird, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif für die Behandlungskosten des nicht versicherten Partners. Die oben genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für ambulant* und stationär durchgeführte Versuche. Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat. Stationäre Krankenhausleistungen sind nur erstattungsfähig, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung nicht möglich ist.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
		Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist. Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die o. g. erfüllt sind. Leistungsansprüche der versicherten Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. Staat, GKV) haben Vorrang und werden angerechnet. Hinweis: auch mitversichert, nach vorheriger schriftlicher Zusage: Aufwendungen* für eine einmalige Kryokonservierung, wenn der Versicherte eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung beanspruchen könnte. * Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung (nur, solange ein Leistungsanspruch für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung besteht), späteres Auftauen von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe				* abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR je Behandlungstag (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR)

Leistungsvergleich Sonstiges

	 VERSICHERUNGSGRUPPE ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 ALH Gruppe MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 VERSICHERUNGEN uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 EINFACH. MENSCHLICH. VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 Die Continentale PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	✔ „Beitragsbefreiung“ für die versicherte Person (VP), die im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) Elterngeld* bezieht - für max. 6 Monate - die VP ist zum Zeitpunkt der Geburt seit mind. 12 Monaten im Tarif ZAMLBest versichert - Elterngeldbescheid ist vorzulegen * Monate, in denen der VP anzurechnende Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) zustehen, gelten als Monate, für die die berechnete Person Elterngeld bezieht Kann Elterngeld nur deshalb nicht bezogen werden, weil die gesetzlichen Einkommensgrenzen überschritten werden, wird die Leistung gewährt, wenn nach den für Geburten oder Adoptionen vor dem 01.04.2024 geltenden Einkommensgrenzen (§ 1 Abs. 8 BEEG) ein Anspruch auf Elterngeld bestanden hätte. Es sind geeignete Nachweise über die Erfüllung des Elterngeldanspruchs im Übrigen vorzulegen. Die Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung.	✔ Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung eine Geburtspauschale von 600 EUR zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen gezahlt (ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung). ⚠ Hinweis: Pauschale bei Hausgeburt	✔ VZ600-U, VZ Zahn-U: Beitragsbefreiung a) während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld (ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen) b) bis zu 6 Monate in den Fällen, in denen die versicherte Person (VP) nur aufgrund einer Überschreitung der Einkommensgrenzen (§ 1 Abs. 8 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)) keinen Anspruch auf Elterngeld hat, ein Anspruch auf Elterngeld nach den bis zum 31.03.2024 geltenden Einkommensgrenzen im Übrigen aber bestanden hätte (Antragstellung innerhalb von 3 Monaten, nachdem die Anspruchsvoraussetzungen für einen Elterngeldbezug erstmalig vorgelegen hätten; Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit müssen innerhalb dieser Frist durch geeignete Unterlagen nachgewiesen werden) c) gilt nur für die VP, die nach a) Elterngeld bezieht bzw. nach b) hätte beziehen können; sie ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat. VZ600-U: 500 EUR Pauschale bei häuslicher Entbindung (bei Mehrlingsgeburten entsprechend das Vielfache).	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld bezieht und sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif VHV+ versichert ist. Bei einer Hausentbindung (muss ausdrücklich als solche in der Rechnung bezeichnet werden) wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR gezahlt. Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichen Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).	✔ Beitragsbefreiung für jeden Monat, in dem die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) bezieht, längstens für 6 Monate. Der Tarif muss zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes mind. 8 Monate bestehen (keine Anwartschaft); Bezug des Elterngeldes muss innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn durch Kopie des Elterngeldbescheides nachgewiesen wird.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA**), die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig*, wenn sie von niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten (auch in MVZ), approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis oder von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen verordnet wurden. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für DiGA; Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen. DiGA, die nicht im Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von o. g. Leistungserbringern verordnet wurden und über Kooperationspartner des Versicherers angeboten werden, sind ebenfalls erstattungsfähig*. Die Kosten werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung (s. o.) erforderlich. * zu 100% ** = Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen	Erstattungsfähig sind Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die im entsprechenden Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind, bis zu den dort genannten Preisen, sofern der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet oder der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat. Andere DiGA werden im Versicherungsfall zu 80% bis max. 1.600 EUR p. a. erstattet (nur nach vorheriger Zusage). max. Nutzungsdauer: 12 Monate, darüber hinaus ist eine neue Verordnung bzw. Zusage erforderlich Der Versicherer darf die DiGA auch selbst zur Verfügung stellen. Übernommen werden ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der DiGA; keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten. Eine DiGA muss ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die in den Tarifbedingungen genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.			Die Kosten für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden erstattet, wenn die DiGA - von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder - durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird. Kosten für den Gebrauch der DiGA (z. B. Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig. * Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen	Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), wenn es sich um Medizinprodukte* handelt und diese - im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind - durch einen approbierten Arzt, Zahnarzt, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet sind - dem Grunde nach nicht anderweitigen tariflichen Leistungen zuzuordnen sind. DiGA, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind (ansonsten Voraussetzungen wie oben), werden zu 80% bis max. 1.000 EUR p. a. erstattet (anteilige Erstattung bei unterjährigem Beginn). DiGA werden je Verordnung (abzgl. fallbezogener SB von 20 EUR (Begrenzung SB-Summe p. a. 500 EUR)) für max. 12 Monate erstattet; danach erneute Verordnung erforderlich. * Hauptfunktion beruht im Wesentlichen auf digitalen Technologien; sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. nicht versichert: Kosten für den Gebrauch von DiGA (z. B. Smartphone/PC, Stromkosten, Batterien). Hinweis: DiGA für den ambulanten Bereich!
	nicht erstattungsfähig: - Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten - Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom BfArM nach § 78a Abs. 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind.					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuausschluss?	 Bei Neuausschluss wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet.  Hinweis: Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die allgemeine Wartezeit von drei Monaten und (für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die besonderen Wartezeiten von acht Monaten; sie entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	Kein genereller Verzicht auf die Wartezeiten. Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird. Bei Übertritt/Wechsel aus der GKV oder einer anderen PKV oder bei Vorlage eines (zahn-) ärztlichen Zeugnisses können die Wartezeiten erlassen/angerechnet werden.	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	 Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.	 Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	 Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.	 Ja. Wird ein Kind im Rahmen der Kindernachversicherung mitversichert, besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.	 Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	 Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	 Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	 Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	 Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung 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).	 Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	 Für Kriegereignisse im Ausland besteht Leistungspflicht, sofern - bei der Einreise der versicherten Person keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet bestand oder - eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet nach der Einreise ausgesprochen wurde, die versicherte Person aber durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.	 Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei Kriegereignissen im Ausland, wenn a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1)a MB/KK 2009.	 Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).	 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).	 Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegereignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	 Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. für die Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen, für die keine Leistungspflicht besteht.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem 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 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein. Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.
Sonstiges	✔ Serviceleistungen: Medizinische Informationen (zu z. B. allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, geplanten Krankenhausaufenthalten), Unterstützung und Betreuung (durch z. B. Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten, Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Einholen einer Zweitmeinung), Betreuung bei Auslandsreisen (z. B. 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern, Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus). Außerdem bietet das INTER Gesundheitsmanagement über das Service Center auf Wunsch weitere Beratungs- und Organisationsleistungen: Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln / Betreuung und Organisation von Therapie und Pflege sowie Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds des Patienten bei schweren Erkrankungen.		✔ VZ600-U:  Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten. Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz. VZ Zahn-U: Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, wird für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR geleistet. Hinweis: Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 2008 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.	Keine Leistung vorhanden.	✔ VZD2plus, VZK2D plus: Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit - ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts (jedoch nicht bei Anschlussheilbehandlungen sowie bei Aufenthalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)	

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Krankentagegeld						
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettoeinkommen versicherbar?	✔ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentagegeldern und Entgeltersatzleistungen der Sozialversicherungsträger das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen nicht übersteigen. Als durchschnittliches Nettoeinkommen gelten 80% des Bruttoentgelts aus der unselbstständigen Tätigkeit. Zu dem Bruttoentgelt zählen auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld, vermögenswirksame Leistungen, regelmäßige Sonderzahlungen und Zulagen. Als maßgeblicher Zeitraum für die Berechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens wird bei Antragstellung der Zeitraum der kommenden 12 Monate ab Antragstellung zugrunde gelegt.	✔ Das Krankentagegeld darf nur bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens versichert werden. Dabei sind sonstige Krankentage- oder Krankengelder zu berücksichtigen. Als Nettoeinkommen für Arbeitnehmer gilt: 80% der einkommensteuerrechtlichen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn). Hierbei werden ausschließlich Geldleistungen des Arbeitgebers berücksichtigt, soweit diese vertraglich vereinbart sind und dem Arbeitnehmer regelmäßig – mindestens jährlich – bezahlt werden.	✔ Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen 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.	⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das Nettoeinkommen bei Antragstellung bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherten auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✔ Das Krankentagegeld darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen - zuzüglich – der von GKV-versicherten Arbeitnehmern während der Arbeitsunfähigkeit zu tragenden Anteile für die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk, der Arbeitslosen- und sozialen Pflegeversicherung bzw. - des Arbeitgeberzuschusses zur privaten Krankheitskosten- und Pflegepflichtversicherung sowie der vom Arbeitnehmer im Versicherungsfall zu tragenden Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk (bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern) nicht übersteigen. Das Nettoeinkommen ist das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte regelmäßig wiederkehrende arbeitsvertraglich vereinbarte Bruttoeinkommen abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträge; Darüber hinaus können gesonderte schriftliche Vereinbarung getroffen werden. Ansprüche auf anderweitige Krankentagegelder und Krankengelder (vor Abzug von Sozialabgaben) werden zur Berechnung der Höchstgrenze des versicherbaren Krankentagegeldes angerechnet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten (bei Verkürzung der Karenzzeit)?	 Ja. Bei Wechsel in eine selbstständige, ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Tätigkeit in einer Praxis oder einem Krankenhaus, kann der Versicherungsnehmer die Weiterversicherung in einer Taristufe mit kürzerer Karenzzeit verlangen; der Antrag muss innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der Versicherung wegen Wegfalls der Versicherungsfähigkeit gestellt werden. Für einen laufenden Versicherungsfall wird das Krankentagegeld jedoch erst nach Ablauf der ursprünglich vereinbarten Karenzzeit gezahlt. Hinweis: Zusätzliche (einmalige) Option - ohne Gesundheitsprüfung - auf Verdopplung des Tagessatzes bei Wechsel in eine niedergelassene ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Tätigkeit in einer eigenen Praxis; ggf. Nachweis über die Höhe der Praxeieinnahmen erforderlich. Option kann bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres wahrgenommen werden, sofern die Erhöhung spätestens 2 Monate nach der Niederlassung zum Zeitpunkt der Niederlassung beantragt wird. Für zum Zeitpunkt der Vertragsänderung noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle bleibt der Versicherungsschutz in Höhe des vor der Änderung geltenden Krankentagegeldes bis zum endgültigen Abschluss des Versicherungsfalles unverändert bestehen.	 Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Verkürzungen der Karenzzeit keine Wartezeiten einzuhalten (in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der HALLESCHEN). Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	 Wird bei Wechsel in die Selbstständigkeit nach Beendigung einer Tätigkeit als Arbeitnehmer eine Umstellung auf eine Taristufe mit kürzerer Karenzzeit erforderlich, kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Umstellung beantragen. Die Annahme erfolgt ohne Gesundheitsprüfung, wenn die Umstellung bis zur Höhe des versicherten Tagegeldes innerhalb von zwei Monaten nach Wechsel in die Selbstständigkeit beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	 Das Versicherungsverhältnis endet bei Eintritt von Arbeitslosigkeit zu dem Zeitpunkt, für den feststeht, dass die versicherte Person eine neue Tätigkeit als Arbeitnehmer nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem die INTER ihre im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 6 Monate nach Wegfall der Voraussetzung.	 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 9 Monate. Dauert die Arbeitslosigkeit länger, werden nach Ablauf der 9 Monate bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber für 3 weitere Monate, 50% des versicherten Tagegeldes gezahlt, jedoch höchstens 25 EUR täglich. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis.	 Tritt Arbeitslosigkeit ein oder wird eine selbstständige Tätigkeit aufgegeben, so entfällt die Versicherungsfähigkeit zu dem Zeitpunkt, für den feststeht, dass eine neue Erwerbstätigkeit nicht angestrebt wird oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit trotz Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird, spätestens 12 Monate nach Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit (sofern bis dahin keine neue Tätigkeit aufgenommen wird; Umstellung in Anwartschaft möglich). Tritt innerhalb der 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit ein, so wird die Frist um die Zeit der Arbeitsunfähigkeit gehemmt. Liegt während der Arbeitslosigkeit im Sinne des SGB III eine Befreiung von der Versicherungspflicht (nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V) vor, wird das Krankentagegeld über zuvor genannte Frist hinaus nur in geminderter Höhe geleistet. Maßgeblich als versicherbares Einkommen ist das zuletzt bezogene Arbeitslosengeld (ALG I). Das Krankentagegeld wird nach Ablauf der 6. Woche einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit an Stelle der wegfallenden Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt, für längstens 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren (wegen derselben Krankheit). Weitere Voraussetzungen/Details sind den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	 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	 Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Wird die versicherte Person arbeitslos und hat grundsätzlich Anspruch auf gesetzliche Leistungen, endet das Versicherungsverhältnis nicht, es erfolgt jedoch eine Herabstufung des Tagessatzes (für gekürzten Satz kann eine Anwartschaft vereinbart werden). Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.	Es wird nicht über die Regelungen der MB/KT hinaus geleistet. Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Ist das Tagegeld bei Selbstständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	✔ Das Krankentagegeld darf nur bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens versichert werden. Dabei sind sonstige Krankentage- oder Krankengelder zu berücksichtigen. Als Nettoeinkommen für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte gilt: 80% des Praxisumsatzerlöses (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Rechnung). Bei Berufsausübungsgemeinschaften wird das Nettoeinkommen nach dem vertraglich festgelegten Anteil am gesamten Praxisumsatzerlös berechnet.	✔ Bei Selbstständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.	✔ Als Nettoeinkommen gilt bei Selbstständigen der vereinbarte Vorphundertatz - 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.	⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebsseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.	⚠ Das Krankentagegeld darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Das Nettoeinkommen ist 75 % der Praxiseinnahmen (Betriebsseinnahmen ohne Betriebsseinnahmen aus der Inanspruchnahme von Fremdlaboren) vor Kürzung um die Betriebsausgaben. Darüber hinaus können gesonderte schriftliche Vereinbarungen getroffen werden. Ansprüche auf anderweitige Krankentagegelder und Krankengelder (vor Abzug von Sozialabgaben) werden zur Berechnung der Höchstgrenze des versicherbaren Krankentagegeldes angerechnet. Hinweis: lt. Info des Versicherers gelten als Nettoeinkommen bei Ärzten/Zahnärzten 75% der Betriebseinnahmen ohne Fremdlaborkosten und bei Tierärzten 75% der Betriebseinnahmen ohne Fremdlaborkosten, Umsatzsteuer und ggf. Medikamentenumsatz - vor Kürzung um die Betriebsausgaben. Diese Regelungen sind nicht!! Bestandteil der Versicherungsbedingungen.
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	✔ Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer.	⚠ Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens. Hinweis: lt. Info des Versicherers wird bei Praxisneugründungen (keine Praxisübernahmen) ein Tagessatz von maximal 300 EUR akzeptiert, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (PKV oder GKV) besteht. Anderweitig bestehende Krankengelder und/oder Krankentagegelder werden angerechnet. Nach Ablauf des ersten vollen Kalenderjahres wird geprüft, ob eine Neuordnung/Anpassung des Vertrages (Anpassung) erforderlich ist. Diese Regelung ist nicht!! Bestandteil der Versicherungsbedingungen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	 Das Versicherungsverhältnis endet mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem die INTER ihre im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 6 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	 Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenanspruch gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist noch nicht entschieden, so wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles das Versicherungsverhältnis nicht beendet; nach Ablauf dieser Frist wird 50% des versicherten Krankentagegeldes, max. 25 € je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person den Rentenbescheid o. den Bescheid über die Ablehnung des Rentenanspruchs erhält, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
Endet der KT-Anspruch nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	Nein. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Bezug einer gesetzlichen oder privaten Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit.	Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch	Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	 Der Vorstand der INTER garantiert eine optimale Leistungsbearbeitung der bei der INTER bestehenden Krankentagegeldversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung (mit vereinbarter BU-Rente), mit folgenden Vorteilen: - Liquiditätssicherung durch Vorbehaltsleistung aus der BU für die Dauer der Leistungsprüfung durch die INTER - Lebensversicherung AG zur Vermeidung einer zeitlichen Lücke zwischen Krankentagegeld und Berufsunfähigkeitsrente - frühzeitige Prüfung auf Wunsch, ob neben dem Krankentagegeld auch Anspruch auf Leistungen aus der BU besteht - überschneiden sich Leistungsansprüche aus beiden Versicherungsarten, was durch den bedingungsgemäß vereinbarten früh und rückwirkend einsetzenden Leistungsanspruch aus der bei der INTER Lebensversicherung AG geführten BU vorkommen kann, verzichtet die INTER Krankenversicherung AG auf Rückzahlungsansprüche hinsichtlich des Zeitraums, für den zugleich die Leistungspflicht aus der BU anerkannt wird. Stand 11.2023	Der nahtlose Übergang Krankentagegeld-Berufsunfähigkeitsversicherung ist nicht mehr vertraglich geregelt (Stand 03.2012).	 Garantieerklärung "Nahtloser Übergang vom Krankentagegeld zum Berufsunfähigkeitsschutz" (71009234 (09.23)): - lückenlose Leistungen innerhalb der Klärungsphase, auch in der Zeit, in der der Leistungsanspruch aus der BU-Versicherung geprüft wird. Durchgehende Leistungen; Krankentagegeld, dessen Höhe über den Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente hinausgeht, wird nicht zurückgefordert. - konzerninterne umfassende medizinische Begutachtung; 1 Untersuchungsergebnis. Voraussetzungen: - Krankentagegeldversicherung bei der AXA - Krankenversicherung AG oder - DBV Deutsche Beamtenversicherung - Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG - Berufsunfähigkeitsversicherung bei der AXA Lebensversicherung AG, - Deutsche Ärzteversicherung AG oder - DBV Deutsche Beamtenversicherung - Lebensversicherung, Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG - AXA Life Europe dac	 unisafe HQ_075-280 01.2022 Der Versicherer stellt im Versicherungsfall durch sein Leistungsmanagement eine Abstimmung zwischen Krankentagegeld- und Berufsunfähigkeitsleistungen sicher und gewährleistet einen nahtlosen Leistungsübergang im Versicherungsfall. Voraussetzungen: - Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung in Verbindung mit einem bedarfsgerechten Krankentagegeld bei der uniVersa - Krankenversicherung a. G. - Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung bei der uniVersa Lebensversicherung a. G.	 Verdienst-Sicherungs-Programm (VerSiPro, Stand Juli 2023) bei gleichzeitigem Bestehen einer Krankentagegeld- und einer Berufsunfähigkeitsversicherung bei den Barmenia Versicherungen, u. a.: - keine Anrechnung der AU-Leistungen aus der Barmenia SoloBU bei Festlegung der KT-Höhe - Leistungen ohne zeitliche Lücken durch nahtlosen Übergang der Leistungen aus der Barmenia KT-Versicherung und der Barmenia BU-Versicherung Voraussetzung: Antrag auf Leistung aus der BU-Versicherung ist zu stellen und im Rahmen der BU-Versicherung ist max. eine Karenzzeit von 6 Monaten vereinbart - keine Anrechnung oder Rückforderung von KT-Zahlungen, die über die Leistungen der BU-Versicherung hinausgehen - nahtlose Wiederaufnahme der KT-Absicherung nach Ende einer BU - schnelle und unbürokratische Leistungsprüfung (auf Wunsch aus einer Hand)	 Ja, die Continentale garantiert im Leistungsfall den nahtlosen Übergang von Krankentagegeld zur Berufsunfähigkeits-Rente, vorausgesetzt, dass beim Versicherer gleichzeitig folgende Verträge bestehen und er hieraus grundsätzlich leistungsberechtigt ist: - Krankentagegeld-/Verdienstausfall-Versicherung (gilt für die Tarife V / VA) und - Berufsunfähigkeits-Versicherung (gilt für die Tarife der Selbständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne Karenzzeiten ab Juli 2000; ausgenommen sind Tarife zur BU-Vorsorge Classic).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/ Rehabmaßnahme gesetzlichen Trägers?	  Während einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsmaßnahme wird nach Ablauf der Karenzzeit das Krankentagegeld gezahlt, wenn die Notwendigkeit sowie die erforderliche Dauer zuvor durch ein begründetes ärztliches Attest gegenüber der INTER nachgewiesen wurde, der Versicherer die Leistung schriftlich zugesagt hat (ggf. von vorheriger ärztlicher Untersuchung abhängig) und die Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Maßnahme besteht. Hinweis: Leistungen nur bei stationärer Reha-Maßnahme!	  Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Hinweis: Leistungen nur bei Reha-Maßnahmen (und Sanatoriumsbehandlungen)!	 Ist im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung und einer mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit ein Sanatoriumsaufenthalt, eine stationäre Kurbehandlung, eine stationäre kur- oder sanatoriumsmäßige Rehabilitationsmaßnahme zur Behebung der Arbeitsunfähigkeit medizinisch dringend notwendig, wird das versicherte Krankentagegeld gezahlt, wenn und soweit der Versicherer aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat. Der Anspruch besteht für längstens 28 Tage je Versicherungsfall.	 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.	 Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers wird geleistet, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.	 Leistungspflicht besteht, soweit - die Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. die Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträgers stationär erfolgt und - unmittelbar vor Beginn der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträgers eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mind. 4 Wochen nachgewiesen wird.
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. Das Krankentagegeld wird auch bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der insgesamt ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen (auch wg. nicht stoffgebundener Suchterkrankungen) gezahlt - zu 80%, wenn Erfolgsaussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	 Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	 Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird das vereinbarte Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Suchterkrankungen (außer Nikotinsucht) im Rahmen einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsmaßnahme zu 80% gezahlt (für max. 3 Entwöhnungsmaßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit). Die Zusage wird erteilt, soweit kein Anspruch auf Entgeltersatzleistungen bei einem anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger, berufsständische Versorgungswerke) besteht und eine hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist.	 Leistungen für Entziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.	 Leistungen für Entziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	 Leistungen werden bei den ersten drei Entziehungsmassnahmen erbracht.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	 Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - zu einer unverzüglich medizinisch notwendigen Notfallbehandlung einzig eine gemischte Anstalt zur Verfügung steht oder - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nur in einer gemischten Anstalt angeboten wird und diese Behandlung als einzig erfolgversprechende Behandlung angesehen werden muss oder - eine medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	 gültig für Bestands- und Neukunden: Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, - wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB"). Hinweis: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KT 2009), Teil II (TB/KT 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 25u – 08.17)): Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.	 "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung"	 Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).	 "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt"	Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?	  Ja. Zahlung eines Kinderkrankentagegeldes, wenn die versicherte Person zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres - höchstens 11 Jahre alten - Kindes zu Hause bleiben muss und keine weitere mit im Haushalt lebende Person das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann: - ohne Berücksichtigung der Karenzzeit - erforderliche Beaufsichtigung/Betreuung/Pflege muss ärztlich bescheinigt sein - Erkrankung ist erst nach Versicherungsbeginn im Krankentagegeldtarif eingetreten - Höhe = vereinbartes Krankentagegeld, höchstens 1/30 von 70% der in der GKV zu der Zeit geltenden Beitragsbemessungsgrenze (Anspruch besteht unabhängig von der Anzahl der versicherten Tarifstufen nur 1 x p. P.) - je Kind max. 10 Arbeitstage p. a., insgesamt max. 25 Arbeitstage für alle Kinder p. a. (Alleinerziehende 20 Tage bzw. 50 Tage) - es darf gegen den Arbeitgeber kein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung bestehen (unbezahlte Freistellung ist nachzuweisen). Hinweis: Kind und "betreuende Person" müssen bei der INTER krankheitskostenvollversichert sein!		Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.		Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.	Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	✓ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Als Versicherungsfall zählt auch eine Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund schwangerschaftsbedingter Krankheiten eintritt. während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt 8 Monate ab Versicherungsbeginn.	✓ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Entbindung wird in tariflichem Umfang geleistet. während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn. Bestandskunden wurden über die AVB- Änderungen (zum § 192 Abs. 5 VVG) im Kundenmagazin November 2017 informiert.	✓ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Es besteht Leistungspflicht, wenn vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten. während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn. Keine Leistungspflicht besteht während der Elternzeit oder eines Sabbatical, wenn ein Verdienstausfall aus der beruflichen Tätigkeit infolge einer Arbeitsunfähigkeit nicht eintreten kann. Die Versicherung kann als Anwartschaft fortgeführt werden.	✓ 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.	✓ Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	✓ Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen und bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige). Während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag zahlt der Versicherer - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn. gültig für alle Unisex-Kunden (Bestand, Neugeschäft ab 01.2018 und später)
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?	Keine Leistung.			✓ Entbindungspauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Gelten Bedingungenverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?	 Der Versicherungsschutz besteht innerhalb des europäischen Wirtschaftsraums (EWR- Vertragsstaaten) und der Schweiz. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland wird das Krankentagegeld gezahlt, wenn die versicherte Person von einem im jeweiligen Land für die Heilbehandlung zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder im Krankenhaus behandelt wird. Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis 12 Monate) außerhalb des EWR/der Schweiz: Leistungen für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus.	Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	 (1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. 6 MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die europäische Union (EU) bzw. den europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ausgedehnt. (2) Für Selbständige wird der in § 1 Abs. 6 MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die EU bzw. den EWR ausgedehnt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnsitz in Deutschland ausgeschlossen ist. Dabei wird das Krankentagegeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.	Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	 Bei einem Aufenthalt im Ausland wird für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifsstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.	 In Erweiterung von § 1 Abs. 7 Satz 1 MB/KT 2009 erstreckt sich für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/eine Rückreise mgl.)	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	 Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Ausnahme: vorherige schriftl. Zusage oder vorherige Mitteilung an Versicherer. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung und vorheriger schriftl. Zusage.	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.	 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.	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	 Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen des gesetzlichen Rehabilitationsträgers.
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	 Ja. Sofern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortsetzung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten für die Regelung des Leistungsbeginns der INTER zusammengefasst, auch wenn ein neuer Versicherungsfall entstanden ist.	 Wenn die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut arbeitsunfähig wird, rechnen wir die Zeiten der vorherigen Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge, die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen worden sind, auf die Karenzzeit an.	 Bei selbstständigen Ärzten und Zahnärzten werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Tagen Karenzzeit.	 Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst. Hinweis: Selbstständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	 Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ärztlich festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.	 Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst. Hinweis: Bei Selbstständigen werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung nicht zusammengerechnet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Leistet der Versicherer auch bei Teil- Arbeitsunfähigkeit/ Wiedereingliederungsversuch?	✓ Ja. Der Versicherer zahlt während einer Wiedereingliederungsmaßnahme/ Teilarbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit ein Krankentagegeld für maximal 3 Monate, sofern - die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach ärztlichem Befund medizinisch angezeigt ist und sie in einem Wiedereingliederungsplan dokumentiert wird (ist vor Beginn der Wiedereingliederung vorzulegen) und - unmittelbar vor Beginn der Wiedereingliederung eine 100%ige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen bestand. Die Höhe der während der Wiedereingliederung erzielten Nettoeinkünfte aus unselbstständiger Tätigkeit ist nachzuweisen. Die Krankentagegeldzahlung erfolgt im gleichen prozentualen Verhältnis, wie die reduzierte Gehaltszahlung während der Wiedereingliederung. Wird im Rahmen eines Versicherungsfalles die Wiedereingliederung unterbrochen und in einem weiteren Versuch später fortgeführt, werden die Zeiten der Wiedereingliederung zusammengerechnet. Die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ist der INTER unverzüglich anzuzeigen.	✓  AVB, Teil I - § 1 Abs. 3: (...) Können zuvor arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, so besteht während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Krankentagegeld, sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen. AVB, Teil II In Erweiterung von § 1 (3) leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben von Arbeitnehmern für bis zu 8 Wochen, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von mind. 12-wöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet. Hinweis: Der Leistungsanspruch besteht nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.	✓ Der Versicherer leistet bei selbstständigen Ärzten und Zahnärzten über Nr. 2 TB 2012 hinaus auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit. Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 MB/KT 2009 die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund wieder teilweise aufgenommen wird bzw. werden kann und solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt. Bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit wird höchstens für 6 Wochen je Versicherungsfall geleistet. Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	✔ Allgemeine Anpassung für Versicherte mit einem Tagessatz von mindestens 25 EUR: Angebot erfolgt erstmals im auf den Ablauf von 2 Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach in jedem 2. Arbeitsjahre. Die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Individuelle Anpassung (Karriereklausel): Krankentagegeld wird bei Erhöhung des durchschnittlichen Nettoeinkommens auf Antrag des Versicherungsnehmers angepasst (entsprechend der prozentualen Erhöhung des Einkommens), wenn die Veränderung nicht nur vorübergehend ist. Der Antrag muss innerhalb von 2 Monaten ab Einkommenserhöhung gestellt werden, Erhöhung ist nachzuweisen. Für zum Zeitpunkt der Vertragsänderung noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle bleibt der Versicherungsschutz in Höhe des vor der Änderung geltenden Krankentagegeldes bis zum endgültigen Abschluss des Versicherungsfalles unverändert bestehen.	✔ Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden.	✔ Der Versicherer bietet für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung jährlich eine Erhöhung des Krankentagegeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an (max. 200 EUR/Tag, max. Nettoeinkommen). Ausnahme: die jeweilige versicherte Person hat in den vergangenen drei oder im laufenden Kalenderjahr Krankentagegeld bezogen. Darüber hinaus kann die versicherte Person die Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Das Krankentagegeld kann im Verhältnis der aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden.	✔ 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 Wechsel der Tarifstufe, wenn diese spät 2 Monate nach Änderung beantragt wird)	✔ Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangenen zwei Jahre ausgeglichen werden. Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.	✔ Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung.
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht						
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht bei GKV-Versicherten?	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei einer anderen PKV besteht?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar (oder für in der GKV versicherte freiberufliche Ärzte/ Zahnärzte) - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Wenn eine Vorversicherung in der GKV (nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009) berücksichtigt wurde, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht), wenn die Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Krankentagegeld						
Ist ein Abschluss möglich, wenn die PKV bei einem anderen Versicherer besteht?	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden (oder für in der GKV versicherte freiberufliche Ärzte/ Zahnärzte).	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden (oder für GKV versicherte Arbeitnehmer).	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.
max. versicherbarer Tagessatz insgesamt (auch in Kombination verschiedener KZ)						
Max. versicherbarer Tagessatz - Arbeitnehmer	s. Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	s. Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	s. Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	✔ max. Tagessatz: 690 EUR GKV-Versicherte: in Höhe des individuellen Absicherungsbedarfs (ab 25 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	s. Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	
Max. versicherbarer Tagessatz - Selbstständige	Tarif für angestellte Ärzte/Zahnärzte - Leistungsmerkmal nicht relevant	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	✔ max. Tagessatz: 690 EUR (ab 150 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	
Max. versicherbarer Tagessatz - Existenzgründer (Selbstständige)	Tarif für angestellte Ärzte/Zahnärzte - Leistungsmerkmal nicht relevant	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	✔ max. Tagessatz innerhalb der ersten 24 Monate: 80 EUR (mit Nachweis, z. B. bei Geschäftsübernahme, auch mehr)	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	
Max. versicherbarer Tagessatz - Freiberufler	Tarif für angestellte Ärzte/Zahnärzte - Leistungsmerkmal nicht relevant	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	✔ max. Tagessatz: 690 EUR (ab 150 EUR Einkommensnachweis erforderlich) Existenzgründer innerhalb der ersten 24 Monate: 80 EUR (mit Nachweis, z. B. bei Praxisübernahme, auch mehr)	s. Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	
Max. versicherbarer Tagessatz - - Ärzte / Zahnärzte (angestellt)	✔ max. Tagessatz: 500 EUR (ohne VV bei der INTER: 300 EUR)	✔ max. Tagessatz: 800 EUR	✔ max. Tagessatz: 600 EUR (ohne Einkommensnachweis - VV: 310 EUR / Solo-KT: 250 EUR)	✔ max. Tagessatz: 690 EUR GKV-Versicherte: in Höhe des individuellen Absicherungsbedarfs (ab 25 EUR Einkommensnachweis erforderlich)	✔ max. Tagessatz: 750 EUR GKV-Pflichtversicherte: 35 EUR	Uns wurden bis jetzt keine Infos übermittelt.
Max. versicherbarer Tagessatz - Ärzte / Zahnärzte (freiberuflich)	Tarif für angestellte Ärzte/Zahnärzte - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ max. Tagessatz: 800 EUR (auch bei Übernahme einer bestehenden Praxis) Praxisgründer im 1. bis 3. Jahr der Niederlassung: 400 EUR	✔ max. Tagessatz: 600 EUR (ohne Einkommensnachweis - VV: 310 EUR / Solo-KT: 250 EUR) als Existenzgründer bzw. Praxisübernehmer: 410 EUR	✔ max. Tagessatz: 690 EUR (ab 150 EUR Einkommensnachweis erforderlich) Existenzgründer innerhalb der ersten 24 Monate: 80 EUR (mit Nachweis, z. B. bei Praxisübernahme, auch mehr)	✔ max. Tagessatz: 750 EUR Hinweis: auch Tierärzte  Ärzte (freiberuflich), ohne eigene Praxis: max. 400 EUR	Uns wurden bis jetzt keine Infos übermittelt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	 ZAMLBest 1 INTER Opti PVN KTMA 6	 MAS.1 URZ PVN MKT.43	 VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	 uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	 VZK2D+ VZD2+ PVN TM42+	 PREMIUM-MED SP1 PVN VA43-U
Monatsbeitrag:	823,84 €	988,95 €	736,92 €	900,94 €	933,52 €	777,57 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	88 %	91 %	78 %	91 %	88 %	88 %
Krankentagegeld						
Mindestvertragsdauer	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Das Versicherungsjahr ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversicherung weiterer Personen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 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 ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
Sonstiges?	✔ Auf die Einhaltung von Wartezeiten wird verzichtet (gilt nicht für Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag). Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung der INTER vorgenommen werden. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR/der Schweiz sind sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer zu einer außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der versicherten Person berechtigt, sofern keine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen wurde. Individuelle Anpassung der Karenzzeit Verkürzt sich die Dauer des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Fall der Arbeitsunfähigkeit (muss dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden), wird auf Antrag des Versicherungsnehmers eine Umstellung auf eine Tarilstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit vorgenommen, sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten seit der Veränderung zum nächsten Monatsersten gestellt und die Verkürzung der Dauer der Entgeltfortzahlung nachgewiesen wird. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes Leistungspflicht besteht.	⚠ Bei Arbeitnehmern wird im Falle einer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführten Kurzarbeit das Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit auch während der im Tarif vereinbarten Karenzzeit gezahlt, jedoch begrenzt auf den Betrag des bei Arbeitsunfähigkeit wegfallenden und nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Kurzarbeitergeldes, dessen Höhe nachzuweisen ist. Nach Ablauf der Karenzzeit erfolgt die Zahlung des Krankentagegeldes in der versicherten Höhe. Hinweis: Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden!		✔ Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).	✔ Besteht für einen Arbeitnehmer während der ersten vier Wochen eines Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird das vereinbarte Krankentagegeld auch nach einer Karenzzeit von drei Tagen für jeden Tag einer völligen Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum Ablauf der vierten Woche des Arbeitsverhältnisses gezahlt.	