

# Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Peter Dr. Muster

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

WIFO GmbH

# Analyse Krankenversicherung

## Angaben zur Person

Vorname: Peter  
Nachname: Dr. Muster  
Geburtsdatum: 08.11.1981  
Geschlecht: Mann  
Berufsgruppe: Mediziner/in angestellt  
Status: Versicherungsnehmer

## Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.12.2015  
Tarifgebiet: West  
Tarifarten: Krankenvollversicherung  
Krankentagegeld 90 € 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
AXA - DBV	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	521,71 €
Barmenia	VHV1A+ PVN TM42+	593,71 €
AXA - DBV	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	499,49 €
Allianz	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	476,16 €
Allianz	Ärzte Best100 PVN KTM07W	604,96 €
HALLESCHE	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43	656,71 €

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

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Anhand Ihrer Angaben und Wünsche habe ich folgende Tarife für Sie ermittelt. Bitte beachten Sie auch die jeweiligen Versicherungsbedingungen.

	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHÉ					
<b>Prem Zahn-U</b>	<b>80,85 €</b>	<b>VHV1A+</b>	<b>491,92 €</b>	<b>KGH2-U</b>	<b>38,42 €</b>	<b>Ärzte Plus100</b>	<b>386,63 €</b>	<b>Ärzte Best100</b>	<b>503,72 €</b>	<b>MAS Bonus</b>	<b>548,08 €</b>
Zahntarif: 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz 90-100% Kieferorthopädie	Kompaktarif für Ärzte, deren Ehegatten/ Lebenspartner und Kinder sowie für Medizinstudenten	Stationäre Zusatzversicherung 100% 2-Bettzimmer 100% Wahärztliche Behandlung Rooming-In Entbindungspauschale von 500 EUR	Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% 2-Bettzimmer 100% Wahärztliche Behandlung	Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% 2-Bettzimmer 100% Wahärztliche Behandlung	Kompaktarif Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung	Kompaktarif mit 100% Erstattung für ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (2-Bett-Zimmer, Wahlarzt), 100% Zahnbehandlung, 75% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. In Tarfstufe MAS Bonus erhält die versicherte Person einen monatlichen Bonus in Höhe von 60 €, der im Leistungsfall verrechnet wird.	Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 2-Bettzimmer 100% Wahärztliche Behandlung	Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 1 - o. 2-Bettzimmer 100% Wahärztliche Behandlung	Tarif für Ärzte und deren Ehegatten und Kinder. Tarifstand: 01.01.2015	Tarif für Ärzte, deren Ehegatten und Kinder. Tarifstand: 01.01.2015	
Tarifstand: 01.01.2013	Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 85% Psychotherapie	Stationär: 100% Regelleistungen 100% Wahlleistungen (1 - o. 2-Bettzimmer, Privatarzt)	Tarif für Ärzte und Zahnärzte und deren Familienangehörige	Zahn: 100% Zahnbehandlung 75% Zahnersatz 75% Kieferorthopädie	Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 2-Bettzimmer 100% Wahärztliche Behandlung	Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie	Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie	Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige Tarifstand: 01.01.2015	Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige Tarifstand: 01.01.2015		
	Stationär: 100% Regelleistungen 100% Wahlleistungen (1 - o. 2-Bettzimmer, Privatarzt)	Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie	Tarifstand: 01.01.2013	Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige Tarifstand: 01.01.2015	Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige Tarifstand: 01.01.2015						
	Tarifstand: 01.01.2015	Tarif ohne Selbstbehalt Tarifstand: 01.01.2015									

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Levetline PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25408613290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHER	
<b>VA6-U</b> <b>350,84 €</b> Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 80-100% Psychotherapie  Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung 100% Regelleistungen  Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige.  Tarifstand: 01.01.2013	<b>Gesetzlicher Zuschlag: 49,19 €</b>	<b>Prem Zahn-U</b> <b>80,85 €</b> Zahnarzt: 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz 90-100% Kieferorthopädie  Tarifstand: 01.01.2013	<b>VA2-U</b> <b>292,22 €</b> Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 0% Heilpraktiker 70-100% Psychotherapie  Stationär: 100% Regelleistungen (Mehrbettzimmer + Belegarzt)  Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige.  Tarifstand: 01.01.2013	<b>Gesetzlicher Zuschlag: 38,66 €</b>	<b>URZ</b> <b>1,00 €</b> Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen.  Tarifstand: 01.01.2013	<b>Gesetzlicher Zuschlag: 54,81 €</b>
<b>Gesetzlicher Zuschlag: 43,17 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag: 41,15 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag: 50,37 €</b>	<b>Gesetzlicher Zuschlag: 54,81 €</b>			

Vorschlag für Peter Dr. Muster      Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsreste und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Leihlinie PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

AXA - DBV		Barmenia		AXA - DBV		Allianz		Allianz		HALLESCHÉ	
<b>PVN</b>	<b>25,16 €</b>	<b>PVN</b>	<b>24,70 €</b>	<b>PVN</b>	<b>25,16 €</b>	<b>PVN</b>	<b>24,77 €</b>	<b>PVN</b>	<b>24,77 €</b>	<b>PVN</b>	<b>24,56 €</b>
Pflegepflichtversicherung.											
Tarifstand: 01.01.2015											
<b>KTGA 42-U</b>	<b>21,69 €</b>	<b>TMA2+</b>	<b>27,90 €</b>	<b>KTGA 42-U</b>	<b>21,69 €</b>	<b>KTM07W</b>	<b>26,10 €</b>	<b>KTM07W</b>	<b>26,10 €</b>	<b>MKT.43</b>	<b>28,26 €</b>
Krankentagegeldtarife ab dem 43. Tag für Ärzte und Zahnärzte											
Tarifstand: 01.01.2013											
Krankentagegeld für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte ab dem 43. Tag.											
Tarifstand: 01.01.2013											
Krankentagegeldtarife ab dem 43. Tag für Ärzte und Zahnärzte											
Tarifstand: 01.01.2013											
Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Ärzte, Zahnärzte.											
Tarifstand: 01.01.2013											
Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Ärzte, Zahnärzte.											
Tarifstand: 01.01.2013											
Krankentagegeld für Ärzte u. Zahnärzte ab dem 43. Tag.											
Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden!											
Tarifstand: 01.01.2015											
<b>Gesamtbeitrag mtl.:</b>	<b>521,71 €</b>	<b>593,71 €</b>	<b>499,49 €</b>	<b>476,16 €</b>	<b>604,96 €</b>	<b>656,71 €</b>					
<b>Arbeitnehmeranteil mtl.:</b>	<b>260,85 €</b>	<b>296,86 €</b>	<b>249,74 €</b>	<b>238,08 €</b>	<b>302,48 €</b>	<b>328,35 €</b>					
<b>Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:</b>	<b>260,85 €</b>	<b>296,86 €</b>	<b>249,74 €</b>	<b>238,08 €</b>	<b>302,48 €</b>	<b>328,35 €</b>					

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

# Analyse Krankenversicherung

## Übersicht der Leistungsstärke

Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die Leistungsstärke der angezeigten Tarife geben. Die Darstellung der Leistungsstärke basiert auf einer subjektiven Bewertung durch den Hersteller der Analysesoftware Levelnine und kann eine individuelle Beratung hinsichtlich der Eignung eines Produktes nicht ersetzen.

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Selbstbehalt p.a.:</b>						
<b>SB Art *:</b>						
<b>Arbeitnehmeranteil:</b>	260,85 €	296,86 €	249,74 €	238,08 €	302,48 €	328,35 €
<b>Effektivbeitrag **:</b>	260,85 €	296,86 €	249,74 €	238,08 €	302,48 €	328,35 €
<b>Erfüllungsgrad</b>						
<b>Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>GOÄ/GOZ</b>						
<b>Ambulant</b>						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
<b>Stationär</b>						
	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	90 %	85 %	90 %	75 %	85 %	75 %
Kieferorthopädie	90 %	85 %	90 %	75 %	85 %	75 %
<b>Krankentagegeld</b>						

### Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

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

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

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

### Erläuterung zur Darstellung:

- ✓ Kriterium erfüllt
- ✘ Dieser Leistungspunkt wurde gewünscht, jedoch bedingungsgemäß nicht erfüllt
- ⚠ Hier existiert ein wichtiger Hinweis. Bitte beachten Sie die ausführliche Leistungsbeschreibung.

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Selbstbeteiligung</b>							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- SB nur ambulant		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- SB prozentual		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- SB für Kinder reduziert		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet		✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 EUR (s. Punkt "Beitragsrückerstattung") auf den Erstattungsbetrag angerechnet.
<b>Haus-/Primärarztprinzip (HAP)</b>							
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- gilt nicht für Not- und Bereitschaftsärzte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Gebührenordnung ambulant</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓			✓ ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✓
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Außerhalb der EU/des EWR reduziert sich der tarifliche Erstattungssatz um 20%, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland (teilweise) durchführbar ist oder vor Reiseantritt keine schriftliche Zusage erteilt wurde.	✓	✓ ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.
<b>Heilpraktiker</b>							
Heilpraktiker		✓	✓				✓
- xx % Erstattung		100 %	100 %				100 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		2.000,00 €	unbegrenzt				unbegrenzt
- mind. bis Höchstsatz Gebüh		✓	✓				✓
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über Gebüh hinaus)		⚠ Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.		⚠ Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	✓	✓	✓



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte		⚠ Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.		⚠ Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	✓	✓	
<b>Vorsorge</b>							
- über gesetzliche Programme		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Schutzimpfungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Heilmittel</b>							
- Erstattung in %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- keine pauschalen Beschränkungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- kein Preis-/Leistungsverzeichnis			✓				
- Logopädie durch Logopäden		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Hilfsmittel</b>							
- Erstattung in %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 € ⚠	0,00 € ⚠	0,00 €
					Hinweis: Für alle nicht in den Tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an, wenn sie nicht über den Versicherer bzw. im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung bezogen werden.	Hinweis: Für alle nicht in den Tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an, wenn sie nicht über den Versicherer bzw. im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung bezogen werden.	
- offener Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHÉ
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung		⚠ Hinweis: 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.	✓	⚠ Hinweis: 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.	✓	✓	✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis			✓				✓
- Atemmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Hör-/Sprechgeräte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthopädische Schuhe		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenlese-/ Vorlesegerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Körperersatzstücke		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Prothesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Sehhilfen</b>							
Sehhilfen		✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung xx €		300,00 € ⚠	400,00 € ⚠	300,00 € ⚠	250,00 €	400,00 €	unbegrenzt ⚠
		Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden wir folgt erstattet: - Einstärkengläser bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR  Operative Sehschärfenkorrektur (z.B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit ist zu 100% erstattungsfähig.	Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%.  Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	Hinweis: Operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) ist zu 100% erstattungsfähig.			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%.  Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.
- Anspruch mind. alle 24 Monate		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Psychotherapie</b>							
Psychotherapie		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	50	unbegrenzt	unbegrenzt
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte		⚠ Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.		⚠ Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Von der 31. bis zur 60. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weitere Sitzungen von 30% an.	⚠ Hinweis: Psychotherapie ist bis zu 30 Sitzungen zu 100%, ab der 31. bis zur 50. Sitzung zu 70% erstattungsfähig.	⚠ Hinweis: Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHÉ
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage		✓	✓	✓	⚠ Hinweis: Ohne vorherige schriftliche Zusage sind nur psychotherapeutische Sitzungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten mit GKV-Zulassung oder durch approbierte Ärzte erstattungsfähig - max. Anzahl insgesamt: 50.	⚠ Hinweis: Ohne Zusage sind nur psychotherapeutische Sitzungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten mit GKV-Zulassung oder durch approbierte Ärzte erstattungsfähig (keine Begrenzung Sitzungsanzahl).	✓
<b>Ambulante Transporte</b>							
Ambulante Transporte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- bei Gehunfähigkeit		✓	⚠ Hinweis: Ambulante Fahrt-/Transportkosten sind nur bei Schwerbehinderung (außergewöhnlich gehbehindert, blind, hilflos) bzw. bei Pflegestufe II oder III bzw. bei ambulanten Operationen (am OP-Tag) erstattungsfähig.	✓	✓	✓	✓
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)		⚠ 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.		⚠ 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.			
- ambulante Notfalltransporte		✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>							
- ohne zusätzliche SB		✓	✓ ⚠ 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).	✓			✓
- medikamentenähnliche Nährmittel		⚠ Hinweis: Vitaminmonopräpara- te zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrank- ungen werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	✓	⚠ Hinweis: Vitaminmonopräpara- te zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrank- ungen werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	✓	✓	✓
<b>sonstiges</b>							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Behandlung in Krankenhausambulanzen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Ambulant</b>							
Kurleistung ambulant			✓			✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHÉ MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>sonstiges</b>							
Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Ambulant</b>							
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Stationär</b>							
1-Bettzimmer		✓	✓			✓	
2-Bettzimmer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nicht auf Unfälle / bestimmte Erkrankungen beschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Gebührenordnung Stationär</b>							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)		✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓ ⚠	✓
				Hinweis: Vom liquidationsberechtigten Arzt persönlich erbrachte Leistungen werden bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet.	Hinweis: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist die Erstattung auf den 5-fachen Satz der GOÄ begrenzt, bei belegärztlichen Leistungen auf die Höchstsätze.	Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓	✓	✓ ⚠	✓	✓ ⚠
					Hinweis: Außerhalb der EU/des EWR reduziert sich der tarifliche Erstattungssatz um 20%, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland (teilweise) durchführbar ist oder vor Reiseantritt keine schriftliche Zusage erteilt wurde.		Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.
<b>Anschlussreha (AHB)</b>							
- AHB bei bestimmten Diagnosen ohne Zusage versichert		✓	✓	✓			✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- AHB ohne vorherige Zusage versichert			✓				✓
<b>Privatkliniken</b>							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV			✓		⚠	✓ ⚠	✓
					Hinweis: Notfall = keine Begrenzung, keine Zusage erforderlich Anschlussheilbehandlungen = Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft etc. max. bis zu dem Betrag, den das Krankenhaus für die günstigste Unterkunft für PKV-Versicherte berechnet Entwöhnungsmaßnahmen: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte; keine Wahlleistungen	Hinweis: Notfall = keine Begrenzung, keine Zusage erforderlich Anschlussheilbehandlungen = keine Begrenzung Entwöhnungsmaßnahmen: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte; keine Wahlleistungen	
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)			✓				✓
<b>Stationär</b>							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ersatzkrankenhaustagegeld		✓	✓	✓	✓	✓	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓	✓	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓
					Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherten unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.	Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherten unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.	
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓	✓	



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHÉ
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓		✓	✓	✓
Kurleistung stationär			✓			✓	✓
sonstiges		✓	✓	✓			✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Zahn</b>							
Zahnbehandlung %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz %		90 %	85 %	90 %	75 %	85 %	75 %
Kieferorthopädie %		90 %	85 %	90 %	75 %	85 %	75 %
		Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.		Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.			
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung					 Hinweis: Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung).	 Hinweis: Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung).	
<b>Gebührenordnung Zahn</b>							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)		 Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.		 Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.		  Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

		AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
	Kundenwunsch	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>			521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Außerhalb der EU/des EWR reduziert sich der tarifliche Erstattungssatz um 20%, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland (teilweise) durchführbar ist oder vor Reiseantritt keine schriftliche Zusage erteilt wurde.	✓	✓ ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.
<b>Zahn</b>							
Verzicht auf Preis-/Leistungsverzeichnis			✓				✓
Summenbegrenzung max. ... Jahre		4 ⚠ Hinweis: Zahnstaffel bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: - Wartezeit in den ersten zwei Jahren - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht	0 ⚠ Hinweis: Zahnstaffel: - bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ - bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ	4 ⚠ Hinweis: Zahnstaffel bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: - Wartezeit in den ersten zwei Jahren - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht	4	4	10
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage					✓	✓	
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung			✓			✓	✓
sonstiges		✓		✓			

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Ausland</b>							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		6 ⚠  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.	unbegrenzt	6 ⚠  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.	6	12	unbegrenzt
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland		✓	✓ ⚠  Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).	✓	✓	✓	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>							
Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen			✓			✓ ⚠ Hinweis: Entwöhnungsmaßnah men in Privatkliniken: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte; keine Wahlleistungen	✓
Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wartezeiten - genereller Verzicht		✓	✓	✓	✓	✓	
Beitragsrückerstattung garantiert							✓
Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		1 ⚠ Hinweis: Verhaltensbonus: - BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 25 EUR jährlich - Nichtraucher: 25 EUR jährlich - Sportabzeichen: 50 EUR	1	1 ⚠ Hinweis: Verhaltensbonus: - BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 25 EUR jährlich - Nichtraucher: 25 EUR jährlich - Sportabzeichen: 50 EUR	2 ⚠ Hinweis: Kinder- BONUS 35: Kinder und Jugendliche erhalten für jedes leistungsfreie Jahr 35% des Jahresbeitrages zurück (vollendet die versicherte Person im BONUS-relevanten Jahr das 21. Lebensjahr, dann gilt der Kinder-BONUS 35 anteilig bis zum Geburtsmonat; für das restliche Jahr wird der Erwachsenen-BONUS entsprechend der Anzahl leistungsfreier Versicherungsjahre anteilig gezahlt).	2 ⚠ Hinweis: Kinder- BONUS 35: Kinder und Jugendliche erhalten für jedes leistungsfreie Jahr 35% des Jahresbeitrages zurück (vollendet die versicherte Person im BONUS-relevanten Jahr das 21. Lebensjahr, dann gilt der Kinder-BONUS 35 anteilig bis zum Geburtsmonat; für das restliche Jahr wird der Erwachsenen-BONUS entsprechend der Anzahl leistungsfreier Versicherungsjahre anteilig gezahlt).	1
Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓	✓	✓			
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/ Anomalien		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung		✓	✓	✓	✓	✓	✓

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Verbesserte Kriegsklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	
Optionsrecht auf Höherversicherung		✓	✓	✓	✓		
<b>Optionsrecht auf Höherversicherung</b>							
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		1	3	1	2		
- anlassbezogenes Optionsrecht		✓	✓	✓			
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen		✓	✓	✓	✓		
- keine Beschränkung der Zieltarife		✓ ⚠ Hinweis: VA6-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.	✓	✓ ⚠ Hinweis: VA2-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.			
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen		✓ ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	✓	✓ ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.	✓		
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung		✓ ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.		✓ ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.			
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	52		

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Antragsfragen/Annahmerichtlinien</b>							
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre		✓		✓			
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten i.d. Vergangenheit"							
Fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		6	3	6			0
Kinder alleine versicherbar ab Alter		16		16			0

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Krankentagegeld</b>							
Tagegeld auch über Nettogehalt versicherbar		✓	⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✓			
bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/ Wartezeiten			✓				✓
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar		✓	⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.	✓			
Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?		✓	✓	✓			



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>		521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Leistung bei BU über MB/ KT hinaus			✓		✓	✓	✓
BU: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente			✓		✓	✓	
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)		✓	✓	✓	✓	✓	
Leistung auch bei Kur-/ Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alkoholgenuss: kein Ausschluss		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entziehungsmaßnahmen mitversichert		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Leistung bei Erkrankung eines Kindes							
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit		✓	✓	✓			✓
Entbindungspauschale							
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt		✓	✓	✓			

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

		AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
	Kundenwunsch	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:			521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/ keine Rückreise mgl.)			✓		✓ ⚠ Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird geleistet, wenn - die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet	✓ ⚠ Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird geleistet, wenn - die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet	⚠ Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandl ung und vorheriger schriftl. Zusage.
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Leistung bei Teil- Arbeitsunfähigkeit/ Wiedereingliederungsvers uch		✓		✓	✓	✓	
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stationärer KH- Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn							
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)			✓				✓
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Abschluss mit PKV bei anderem VU versicherbar		✓	✓	✓	✓	✓	

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

		AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
	Kundenwunsch	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42 +	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS.Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:			521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
sonstiges			✓				✓ ⚠ Hinweis: Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden!

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Selbstbeteiligung</b>						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erweckene?	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung (außer bei Verbandmaterialien und Arzneimitteln).	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung (außer bei Verbandmaterialien und Arzneimitteln).	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt nur ambulant?	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Prozentualer Selbstbehalt?	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 EUR (5. Punkt "Beitragserstattung") auf den Erstattungsbeitrag angerechnet.
<b>Haus-/Primärarztprinzip (HAP)</b>						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztambulation?	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus- oder Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	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.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsarzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	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.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Urewweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	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.
- Begrenzung des Eigenanteils, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	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.
<b>Gebührenordnung ambulant</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. Hinweis: Wenn der Versicherte seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kosteniveau begrenzt?	Ja, der Versicherte verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EMR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherte die Kostenbeteiligung vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	Ja, Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preisdienlichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	Ja, der Versicherte verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EMR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherte die Kostenbeteiligung vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	Ja, der Versicherte verzichtet bei Behandlungen innerhalb der EU/des EMR auf eine tarifliche Bindung an die deutschen Gebührenordnungen für Ärzte/ Zahnärzte (GOÄ/GOZ), Erstattungsgegenstände sind die ortsüblichen Aufwendungen. Hinweis: Außerhalb der EU/des EMR reduzieren sich der tarifliche Erstattungsgrad um 20%, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland (teilweise) durchführbar ist oder vor Reiseantritt keine schriftliche Zusage erteilt wurde.	Ja, der Versicherte verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Erstattungsgegenstände sind die ortsüblichen Aufwendungen. Hinweis: Außerhalb der EU/des EMR reduzieren sich der tarifliche Erstattungsgrad um 20%, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland (teilweise) durchführbar ist oder vor Reiseantritt keine schriftliche Zusage erteilt wurde.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Versicherte erstatet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstatet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherte vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfall- ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsreste und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Lehrlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-00861332907 61 248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLISCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Heilpraktiker</b>	<p>Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen - außer Psychotherapie - werden zu 100% erstattet.</p> <p>Heilpraktikerleistungen einschließlich verordneter Arzneimittel werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.</p>	<p>Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.</p>	<p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Keine Leistung vorhanden.</p>	<p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.</p>	<p>Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.</p>
<b>Heilpraktiker</b>	<p>Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.</p> <p>Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gehalt erstattungsfähig.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungssatz für Naturheilverfahren angeboten.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>	<p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gehalt erstattungsfähig.</p>
<b>Erweiterte Naturheilverfahren/Hüftlandweidnerzeichnis (über Gehalt hinaus) erstattungsfähig?</b>	<p>Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hüftlandweidnerzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungssatz für Naturheilverfahren angeboten.</p>	<p>Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hüftlandweidnerzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. ärztliche 1) Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.</p>	<p>Behandlung durch Ärzte II: Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblut-Behandlung und therapeutische Lokalanästhesie. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf einen Betrag herabgesetzt werden, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>	<p>Behandlung durch Ärzte II: Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblut-Behandlung und therapeutische Lokalanästhesie. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf einen Betrag herabgesetzt werden, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>	<p>Leistung erfolgt prinzipiell bei folgenden Verfahren bzw. Präparaten: Homöopathie (in Reinform), homöopathische Medikamente, Präparate der Anthroposophie, Präparate der Phytotherapie (Phytotherapeutikum), Akupunktur (zur Schmerzbehandlung), Ferner wird für alle erhten Naturheilverfahren wie Bewegungstherapie, Hydrotherapie, Atemwegtherapie, Klimatherapie, Ernährungstherapie, Balneotherapie und LufT, Wasser und Kälte geleistet.</p> <p>Gibt es – wie insbesondere bei Krebs, Multipler Sklerose oder AIDS – noch keine wissenschaftlich begründete Behandlungsform mit ausreichender Wirksamkeit, führen auch andere Verfahren der alternativen Medizin zu einem Leistungsanspruch.</p>
<b>Sind alternative Heilmethoden/Hüftland durch Ärzte erstattungsfähig?</b>	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Alternativen Medizin sind nur Informationen im Hüftlandweidnerzeichnis, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungssatz für Naturheilverfahren angeboten.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Alternativen Medizin sind nur Informationen im Hüftlandweidnerzeichnis, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.</p>	<p>Der Versicherer leistet in tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblut-Behandlung und therapeutische Lokalanästhesie. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf einen Betrag herabgesetzt werden, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>	<p>Der Versicherer leistet in tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblut-Behandlung und therapeutische Lokalanästhesie. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf einen Betrag herabgesetzt werden, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>	<p>Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hüftlandweidnerzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.</p>
<b>Vorsorge</b>	<p>Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.</p>	<p>Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der „Mutterschafts-Richtlinien“.</p>	<p>Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.</p>	<p>Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen).</p>	<p>Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen).</p>	<p>Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermitelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>- Schutzimpfungen?</b>	<p>Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angetragen sind/überprüft werden.</p>	<p>Erstattungsfähig sind ärztlich angeordnete 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 durchgeführt sind). Bei bestimmten Ausnahmen können auch Impfungen für berufliche Schutzimpfungen erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeordnet sind, der Arbeitgeber oder nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge nicht verpflichtet ist, die Kosten hierfür zu übernehmen.</p>	<p>Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angetragen sind/überprüft werden.</p>	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut empfohlen werden - mit Ausnahme von Hepatitis B, Malaria/Prophylaxe sowie beruflich bedingten Impfungen, Hepatitis B Impfungen, auch aus Anlass einer Reise oder beruflich beding, werden jedoch erstattet.</p>	<p>Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut empfohlen werden sowie Schutzimpfungen gegen Hepatitis B und Malaria/Prophylaxe, einschließlich der hierfür notwendigen Impfstoffe. Malaria/Prophylaxe sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit (z.B. Ausnahme von Hepatitis B) sowie Malaria/Prophylaxe.</p>	<p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Grippe- und Masernimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Tollwut/Felis (Kinderalter) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden. Auslandsreisen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angetragen sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu denen gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.</p>
<b>Helmmittel</b>						
- Erstattung von Helmmitteln in %?	<p>Erstattungsfähige Helmmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>Erstattungsfähige Helmmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>Erstattungsfähige Helmmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>Erstattungsfähige Helmmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>Erstattungsfähige Helmmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>Erstattungsfähige Helmmittel werden zu 100% erstattet.</p>
- Selbstbeteiligung bei Helmmitteln p.a. €?	<p>Für Helmmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>Für Helmmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>Für Helmmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>Für Helmmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>Für Helmmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>	<p>Für Helmmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.</p>
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	<p>Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>Keine unüblichen Beschränkungen.</p>	<p>Keine unüblichen Beschränkungen.</p>
- Verzicht auf Preis-/Leistungsverzeichnis	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p>	<p>Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p>	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p>	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (da angelehnt an Bundesentf. - max. 50% Überschreitung der dort genannten Beträge).</p>	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (da angelehnt an Bundesentf. - max. 50% Überschreitung der dort genannten Beträge).</p>	<p>Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p>
- Logopädie	<p>Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.</p>
- Ergotherapie	<p>Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV	Barmenia	AXA - DBV	Allianz	Allianz	HALLESCHE
	VA6-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	VHV1A+ PVN TM42+	VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Ärzte Best100 PVN KTM07W	MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Hilfsmittel	<p>- Erstattung von Hilfsmitteln in %?</p> <p>✓ Ersetzt werden: - zu 100%; orthopädische Schutzvorrichtungen, orthopädische Schuhhelmen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen - zu 100% bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung Innen-, v. 2 Tagen einstricken zu 75%; orthopädische Maßschuhe (abzgl. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Spreihrten, Korperstrümpfe, Orthesen, Korperschnürschuhe, Gehrstrümpfen, Trachtenstrümpfen, Korperschnürsocken, Socken, Trachtenstrümpfen und Korperschnürsocken, Korperschnürsocken mit sauerstoffkonzentrierender Filtschwarzwolle Fischschwimmvorrichtung, Bestimmungsspritzre, Überdruckmessgeräte, Insulin-, Infusions- und Schmerzgruppen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Infrarottherapiegeräte, Gehmuttermonitore, Blutdruckmessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Kanthalrührstäbchen, Rollatoren, Handhilfsgeräte, Blindenstock, Blindenhund - elektronische Lesegeräte bis max. 2.450 EUR - Hörgeräte bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät - Perücken bis zu max. 520 EUR - Bettwaschenherbeigehäuse bis max. 120 EUR - Allergikerbettwäsche (= Ercausing) 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 schwerer gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, in funktionaler Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.</p>	<p>✓ Ersetzt werden: - zu 100%; orthopädische Schutzvorrichtungen, orthopädische Schuhhelmen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen - zu 100% bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung Innen-, v. 2 Tagen einstricken zu 75%; orthopädische Maßschuhe (abzgl. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Spreihrten, Korperstrümpfe, Orthesen, Korperschnürschuhe, Gehrstrümpfen, Trachtenstrümpfen, Korperschnürsocken, Socken, Trachtenstrümpfen und Korperschnürsocken, Korperschnürsocken mit sauerstoffkonzentrierender Filtschwarzwolle Fischschwimmvorrichtung, Bestimmungsspritzre, Überdruckmessgeräte, Insulin-, Infusions- und Schmerzgruppen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Infrarottherapiegeräte, Gehmuttermonitore, Blutdruckmessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Kanthalrührstäbchen, Rollatoren, Handhilfsgeräte, Blindenstock, Blindenhund - elektronische Lesegeräte bis max. 2.450 EUR - Hörgeräte bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät - Perücken bis zu max. 520 EUR - Bettwaschenherbeigehäuse bis max. 120 EUR - Allergikerbettwäsche (= Ercausing) 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 schwerer gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, in funktionaler Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>✓ Ersetzt werden: - Bandagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Yers-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, korrekture Therapie-Schuhe, orthopädische Schutzvorrichtungen zu 100% - Perücken bis max. 500 EUR - Hörhilfen (operative Hörgeräte einschli. Oimplastik) bis max. 1500 EUR je Gehhilfe - orthopädische Schuhe bis max. 2000 EUR p. a. - alle sonstigen im allgemeinen Hilfsmittel durch Lebensversicherer im Rahmen eines Bezugs über den Versicherer oder im Rahmen einer unfall- oder unfallbedingten Behandlung (insern. v. 2 Tagen) zu 100% - alle sonstigen nicht genannten Hilfsmittel (auch lebensverhaltend) abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20% (ohne mögl. Bezug über Versicherer/richt im Rahmen einer unfall- oder unfallbedingten Behandlung)</p>	<p>✓ Ersetzt werden: - Bandagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Yers-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, korrekture Therapie-Schuhe, orthopädische Schutzvorrichtungen zu 100% - Perücken bis max. 600 EUR - Hörhilfen (operative Hörgeräte einschli. Oimplastik) bis max. 2.000 EUR je Gehhilfe - alle sonstigen im allgemeinen Hilfsmittel durch Lebensversicherer im Rahmen eines Bezugs über den Versicherer oder im Rahmen einer unfall- oder unfallbedingten Behandlung (insern. v. 2 Tagen) zu 100% - alle sonstigen nicht genannten Hilfsmittel (auch lebensverhaltend) abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20% (ohne mögl. Bezug über Versicherer/richt im Rahmen einer unfall- oder unfallbedingten Behandlung)</p>	<p>✓ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. ✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>
-offener Hilfsmittelkatalog?	<p>✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>	<p>✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.</p>
-lebenserhaltende Hilfsmittel (weniggesträngt)?	<p>✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>	<p>✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.</p>
Besicht eine Begrenzung auf einfachere/funktionale Standardausführung?	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktionaler Standardausführung übernommen.</p>	<p>Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktionaler Standardausführung übernommen.</p>	<p>Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.</p>	<p>Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.</p>	<p>Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsreste und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
Lehrlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
-Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihw, Wer Mieter)?	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summierfähig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schulzanzentüngen, Schuhenlagen, Bandagen) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer Unfallbedingung bezogen werden. Bei der Beschaffung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden ansonsten wird die Erstattung um 25% gekürzt.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summierfähig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schulzanzentüngen, Schuhenlagen, Bandagen) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer Unfallbedingung bezogen werden. Bei der Beschaffung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden ansonsten wird die Erstattung um 25% gekürzt.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht in den tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch telexenstahlentwurf) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer Unfall- oder notfallbedingten Erstattung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall der Beschaffung beantragt werden ansonsten wird die Erstattung um 20% gekürzt.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht in den tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch telexenstahlentwurf) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer Unfall- oder notfallbedingten Erstattung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall der Beschaffung beantragt werden ansonsten wird die Erstattung um 20% gekürzt.	Es ist wieder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Aussage überörtlich (abertungs sollen Hilfsmittel, die für einen eigintzaren Zeitraum benötigt werden, vorrangig innerhalb des Bezugs werden). Vorranglich bietet der Versicherer Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln, die den Hilfsmitteln entsprechen, die im Rahmen der Unfallbedingung bezogen werden. Bei der Beschaffung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall der Beschaffung beantragt werden ansonsten wird die Erstattung um 20% gekürzt.
- Atemmonitore (Heimggerät)?	Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimggerät)?	Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimggerät)?	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimgeläse?	Kosten für Heimgeläse sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimgeläse sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimgeläse sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimgeläse sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimgeläse sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenobergrenze für Heimgeläse vor. Anmerkung: das Versteckere: im Rahmen der Einzelfallprüfung können Miete- und Sachkosten für Heimgeläse übernommen werden.
- Krankenfahrstühle ohne Sonnenbegrenzung?	Krankenfahrstühle sind ohne Sonnenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Sonnenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Sonnenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Sonnenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Sonnenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Sonnenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	Hörgeräte (inklusive Ohrplastik und Ersatzausstattung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät, Sprechhilfen (inklusive Ersatzausstattung mit Batterien) ohne Begrenzung erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. Hörgeräte (inklusive Ohrplastik und Ersatzausstattung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät, Sprechhilfen (inklusive Ersatzausstattung mit Batterien) ohne Begrenzung erstattungsfähig.	Hörgeräte (inklusive Ohrplastik und Ersatzausstattung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät, Sprechhilfen (inklusive Ersatzausstattung mit Batterien) ohne Begrenzung erstattungsfähig.	Sprechgeräte sind ohne Begrenzung erstattungsfähig. Hörhilfen (Hörgeräte, apparativ) einschließlich dazu gehörender Ohrpress-Stücke (Ohrplastik) werden zu 100% ersetzt - bis max. 3.500 EUR für teilimplantiertere knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen) und 1.500 EUR für sonstige Hörhilfen - je Hörhilfe.	Sprechgeräte sind ohne Begrenzung erstattungsfähig. Hörhilfen (Hörgeräte, apparativ) einschließlich dazu gehörender Ohrpress-Stücke (Ohrplastik) werden zu 100% ersetzt - bis max. 4.000 EUR für teilimplantiertere knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen) und 2.000 EUR für sonstige Hörhilfen - je Hörhilfe.	Hörgeräte und künstliche Kellköpfe sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	Orthopädische Schuhe (und Schutzanzordnungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenlegetät?	Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der erstattungsfähig.	Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.	Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.	Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	Elektronische Lesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armpfropfen, Busprothesen und Kunstaugen.	Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armpfropfen, Busprothesen, Epithesen, Perceden (max. 500 EUR), Kunstaugen...).	Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armpfropfen, Busprothesen, Epithesen, Perceden (max. 500 EUR), Kunstaugen...).	Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armpfropfen, Busprothesen, Epithesen, Perceden (max. 500 EUR), Kunstaugen...).	Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armpfropfen, Busprothesen, Epithesen, Perceden (max. 500 EUR), Kunstaugen...).	Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armpfropfen, Busprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen unregelmäßig (z.B. Arm-, Bein-, Busprothesen)?	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
- Kunstaugen?	Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
<b>Schulhilfen</b>	- Sind Schulhilfen erstattungsfähig?	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.

Leihlinie PKV 2.0.4. Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundewünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €</b>	<p>Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>⚠️ Hinweis: Sehhilfen ( Brillengläser, Brillenherstellung, Kontaktlinsen) werden von folgend ersetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einstrahlengläser bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR.</li> <li>- Mehrstrahlengläser bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR.</li> </ul> <p>Operative Sehstärkenkorrektur (z.B. Lasik, Lasek, Limbomplanz) bei medizinischer Notwendigkeit ist zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>⚠️ Billen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 400 EUR ersetzt.</p> <p>⚠️ Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%.</p> <p>Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gegenüber vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behandlung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK, einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.</p>	<p>⚠️ Billen und Kontaktlinsen werden bis 300 EUR ersetzt.</p> <p>⚠️ Hinweis: Operative Sehstärkenkorrektur (z.B. bei mehrstrahligen Kontaktlinsen, Lasik, Lasek, Limbomplanz) ist zu 100% erstattungsfähig.</p>	<p>⚠️ Sehhilfen ( Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen) werden bis 230 EUR ersetzt.</p>	<p>⚠️ Sehhilfen ( Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen) werden bis 400 EUR ersetzt.</p>	<p>⚠️ Billen (keine Luxusselbstung) und Kontaktlinsen werden ohne Summenbegrenzung ersetzt. Bei jeweils gültige Betrag, bis zu dem ein Brillengestell nicht als Luxusausführung angesehen wird, wird in der Höhe der Selbstkosten ausbezahlt, kann aber nicht beim Versicherer einragt werden, sondern wird lediglich nicht erstattungsfähigen Betrag ausbezahlt. Billen sind nicht erstattungsfähig. Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Billie angefallen wäre.</p> <p>⚠️ Hinweis: LL, Inhabert 01,14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen) Erstattung von Billen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derselbe sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%.</p>
<b>- Sehhilfen mind. alle 24 Monate ersatzungsfähig?</b>	<p>⚠️ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehschärfe ersatzungsfähig.</p>	<p>⚠️ Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.</p>	<p>⚠️ Die Begrenzung von 300 EUR gilt für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre.</p>	<p>⚠️ Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten ersatzungsfähig.</p>	<p>⚠️ Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten ersatzungsfähig.</p>	<p>⚠️ Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung ersatzungsfähig.</p>
<b>Psychotherapie</b>	<p>- ambulante Psychotherapie?   Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?   Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung ersatzungsfähig.</p> <p>- Psychotherapie in Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?   Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren ersatzungsfähig.</p> <p>- Verdacht auf psychischen 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.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung ersatzungsfähig.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren ersatzungsfähig.</p> <p>15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung ersatzungsfähig.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren ersatzungsfähig.</p> <p>Keine Leistung vorhanden.   Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zu 30. Sitzung zu 100% erstattet. Von der 31. bis zur 50. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% und für alle weitere Sitzungen von 30% an.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>⚠️ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) ersatzungsfähig.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist durch ärztlich/ärztliche Psychotherapeuten mit GKV-Zulassung und (nach Zusage) durch nicht ärztliche Psychotherapeuten ohne GKV-Zulassung ersatzungsfähig.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung ersatzungsfähig.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist durch ärztlich/ärztliche Psychotherapeuten mit GKV-Zulassung und (nach Zusage) durch nicht ärztliche Psychotherapeuten ohne GKV-Zulassung ersatzungsfähig.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung ersatzungsfähig.</p> <p>⚠️ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren ersatzungsfähig.</p> <p>Keine unüblichen Einschränkungen.</p>
<b>Ambulante Transporte</b>	<p>- ambulante Krankentransporte?   Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p>	<p>⚠️ Die Leistung ist vorhanden.</p>
<b>Vorschlag für Peter Dr. Muster</b>	Erstellt durch WIFO GmbH					
<b>Haftungsausschluss:</b>	Alle Leistungsreste und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden. <b>Leihlinie PKV 2.0.4</b> Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16					

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U-Prein Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prein Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlentherapie ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Geburthilflichkeit?)	<p>Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierenersatz) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (insbes. zu 75%).</p>	<p>Fahren bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.</p>	<p>Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierenersatz) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (insbes. zu 75%).</p>	<p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ambulanten Dialyse, Strahlentherapie bei Krebskrankungen und Chemotherapie zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus (als nächstgelegenes gilt jeder der genannten Leistungsberechtigten innerhalb von 100 Kilometern).</p>	<p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ambulanten Dialyse, Strahlentherapie bei Krebskrankungen und Chemotherapie zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus (als nächstgelegenes gilt jeder der genannten Leistungsberechtigten innerhalb von 100 Kilometern).</p>	<p>Fahren (z.B. zur Dialyse, Strahlentherapie, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.</p>
- Fahrten/Transporte bei Geburthilflichkeit?	<p>Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Geburthilflichkeit zu 100% erstattet.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ambulante Fahrt/Transportkosten sind nur bei Schwerbehinderung (ausdehnungsbefähigt) geltend zu machen, bei III bzw. bei ambulanten Operationen (am OP-Tag) erstattungsfähig.</p>	<p>Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Geburthilflichkeit zu 100% erstattet.</p>	<p>Transporte und Fahrten bei ärztlich beschleunigter Geburthilflichkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus (als nächstgelegenes gilt jeder der genannten Leistungsberechtigten innerhalb von 100 Kilometern). Krankentähren (Hin- und Rückfahrt) werden bis 50 EUR pro Fahrt erstattet (im privaten PKW liegt der Erstattungshöchstbetrag bei 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer).</p>	<p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ärztlich beschleunigter Geburthilflichkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus (als nächstgelegenes gilt jeder der genannten Leistungsberechtigten innerhalb von 100 Kilometern). Krankentähren (Hin- und Rückfahrt) werden bis 50 EUR pro Fahrt erstattet (im privaten PKW liegt der Erstattungshöchstbetrag bei 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer).</p>	<p>Ja, ambulante Fahrt/Transportkosten bei Geburthilflichkeit sind erstattungsfähig.</p>
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgelegenen Behandler (unabhängig, oder der Versicherte gebührlig ist)?	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Geburthilflichkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.</p>	<p>Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.</p>	<p>Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nicht erstattungsfähig.</p>
- Ambulante Notfalltransporte?	<p>Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erbringung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p>	<p>Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erversorgung nach einem Notfall oder Unfall.</p>	<p>Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erbringung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p>	<p>Ja, Unfall- oder notfallbedingte Krankentransporte, Krankentähren und Fahrten des Notarztes sind erstattungsfähig.</p>	<p>Ja, Unfall- oder notfallbedingte Krankentransporte, Krankentähren und Fahrten des Notarztes sind erstattungsfähig.</p>	<p>Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.</p>
<b>Azrael-/Verbandmittel</b>						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	<p>Azrael-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.</p>	<p>Azrael-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutzuckermessungen. Verbandmittel gelten auch: Somen- sowie Trachostoma-/Verbandmittel und Inkontinenzmittel (außersaugende und aufhängende Mittel).</p>	<p>Azrael-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutzuckermessungen. Verbandmittel gelten auch: Somen- sowie Trachostoma-/Verbandmittel und Inkontinenzmittel (außersaugende und aufhängende Mittel).</p>	<p>Für Verbandmaterialien und Arzneimittel (Inkl. Hamost- und Blutrest-Streifen zum Selbsttest, keine Schwangerschaftstests) gilt eine Selbstbeteiligung von 800 EUR p. a. an.</p>	<p>Für Verbandmaterialien und Arzneimittel (Inkl. Hamost- und Blutrest-Streifen zum Selbsttest, keine Schwangerschaftstests) gilt eine Selbstbeteiligung von 800 EUR p. a. an.</p>	<p>Azrael-/Verbandmittel (hierzu gehören auch Hamost- und Blutreststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.</p>
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen?	<p>Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Hinweis: Vitaminpräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Anwendungen für Sondenernährung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.</p>	<p>Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verwendet werden oder wenn für diese Mittel im Rahmen einer Erkennung als Nahrung eingesetzt werden können. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Anwendungen für Sondenernährung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.</p>	<p>Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Hinweis: Vitaminpräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen werden erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Anwendungen für Sondenernährung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.</p>	<p>Erstattungsfähig sind diätetische Nahrungsmittel, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden (z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Makrozytose) zu vermeiden sowie medikamentenähnliche Nahrungsmittel zur enteralen und parenteralen Ernährung.</p>	<p>Erstattungsfähig sind diätetische Nahrungsmittel, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden (z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Makrozytose) zu vermeiden sowie medikamentenähnliche Nahrungsmittel zur enteralen und parenteralen Ernährung.</p>	<p>Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Makrozytose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.</p>
<b>sonstiges</b>						
- medizinische Versorgungszentren?	<p>Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.</p>	<p>Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.</p>	<p>Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.</p>	<p>Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.</p>	<p>Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.</p>	<p>Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsstexe und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Krankenhausambulanzen?	✓ 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, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	✓ Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-Krankempfehlung?	✓ Ja, die Kosten für häusliche Krankempfehlung sind erstattungsfähig, bezugsgegenstandszeitliche Begrenzungen beachten. Der Versicherte hinter um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✓ Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankempfehlung, Behandlungs- und Grundpflege sowie hausärztliche Versorgung von bis zu vier Wochen (Dauer).	✓ Ja, die Kosten für häusliche Krankempfehlung sind erstattungsfähig (bezugsgegenstandszeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherte hinter um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	✓ Ja, die Kosten für häusliche Krankempfehlung (einschließlich Behandlungspflege) sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für häusliche Krankempfehlung (einschließlich Behandlungspflege) sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für häusliche Krankempfehlung sind erstattungsfähig.
- Palliativversorgung?	✓ 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 Versicherte jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlagerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	✓ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesaussschusses. 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.	✓ 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 Versicherte jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlagerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.	✓ Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 SGB V, sofern es sich um eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung handelt - eine ärztliche Verordnung vorliegt - die Versorgung von einem geeigneten Leistungserbringer erbracht wird.	✓ Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 SGB V, sofern es sich um eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung handelt - eine ärztliche Verordnung vorliegt - die Versorgung von einem geeigneten Leistungserbringer erbracht wird.	✓ Ersetzt werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Beitrags, 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.
<b>Ambulant</b>	- Ambulante Kurien sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kuriant angeboten.	✓ Ersetzt werden bei einer Genesungskur (nicht zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorangegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils halbes oder medizinisch notwendig durch ärztliche Arzt erforderlich bei sonstigen Kurien von Kurleitung - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilanstalt (gemeint Krankenkassenart - Sanatorien 100% der Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, Besuche, ärztliche Beratung, Besuche, ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Lind- und Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe.	- Ambulante Kurien sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kuriant angeboten.	- Ambulante Kurien sind nicht erstattungsfähig.	✓ 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete ambulante Heilkuren, maximal 1.000 EÜR. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Heilkur. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Kurtaxe, Kurplan, Arztemittel, Kurmittel und physikalische Therapie.	✓ Ambulante Kurien sind nicht erstattungsfähig. Laut Versicherer sind bei ambulanten Kurien die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige spsische Kurmittel erstattungsfähig.
<b>sonstiges</b>	- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel ✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✓ Ja Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt, in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsstexe und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Lesehilfe PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, ID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Ambulant

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHÉ MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Ambulant</b>	<p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen</li> <li>- Sozialberatung und Frühförderung</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- Sozialtherapie und Hausstufhilfe nach vorheriger Zusage</li> <li>- Kunsttherapeutische Behandlung</li> <li>- ggf. für ambulante Einzelmaßnahmen (nicht bei Mischform, drei Stück (incl. ggf. stationärer Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit</li> </ul> <p>Die genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- ambulante Einzelmaßnahmen bei stationären Maßnahmen (max. 3 Stück incl. ggf. Lebenshilfegeräte)</li> <li>- Sozialtherapie</li> <li>- ambulante Rehabilitationenmaßnahmen bzw. Assistenzleistungen, wenn und soweit kein Anspruch auf Kostenerstattung besteht (z.B. bei Kostenbeitrag nach § 20b EÜR p. 1. bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung)</li> </ul> <p>Die genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen</li> <li>- Sozialberatung und Frühförderung</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- Sozialtherapie und Hausstufhilfe nach vorheriger Zusage</li> <li>- Kunsttherapeutische Behandlung</li> <li>- ggf. für ambulante Einzelmaßnahmen (nicht bei Mischform, drei Stück (incl. ggf. stationärer Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit</li> </ul> <p>Die genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Ersetzt werden nach vorheriger schriftlicher Zusage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendungen für ambulante Sozialtherapie (entsprechend der Regelungen der GKV), max. 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren.</li> <li>- insgesamt höchstens drei stationäre ambulante Einzelmaßnahmen (außer bei Mischform) während der gesamten Vertragslaufzeit - zu 100% (11 Maßnahmen) bzw. 70% (2. + 3. Maßnahme), stationär = nur allgemeinen Krankheitszuständen (zu 100% bzw. 70%).</li> </ul>	<p>Erstattungsfähig sind auch (ggf. vorherige schriftliche Zusage erforderlich):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunsttherapeutische Behandlung (im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation) - evtl. Höchstbetrag beachten</li> <li>- Aufwendungen für ambulante Sozialtherapie (entsprechend der Regelungen der GKV), max. 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik</li> <li>- Leistungen der Organtransplantation (nicht bei Mischform) - max. drei Stück (incl. ggf. stationärer Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit</li> </ul> <p>Die jeweiligen genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung eine Geburtsauschule von 600 EUR zur Abgeltung anteilweiliger Aufwendungen gezahlt.</p> <p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialberatung und Frühförderung in sozialpädagogischen Zentren bis zur Höhe der mit den speziellen Kostenträgern vereinbarten Kostenanteile, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht</li> <li>- Leistungen der Organtransplantation (nicht bei Mischform) - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage</li> <li>- Sozialtherapie - max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (einschließlich der Kostenanteile bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage)</li> </ul> <p>- Sozialtherapie - max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (einschließlich der Kostenanteile bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage)</p> <p>Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung eine Geburtsauschule von 600 EUR zur Abgeltung anteilweiliger Aufwendungen gezahlt.</p>
Sonstiges	<p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen</li> <li>- Sozialberatung und Frühförderung</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- Sozialtherapie und Hausstufhilfe nach vorheriger Zusage</li> <li>- Kunsttherapeutische Behandlung</li> <li>- ggf. für ambulante Einzelmaßnahmen (nicht bei Mischform, drei Stück (incl. ggf. stationärer Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit</li> </ul> <p>Die genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- ambulante Einzelmaßnahmen bei stationären Maßnahmen (max. 3 Stück incl. ggf. Lebenshilfegeräte)</li> <li>- Sozialtherapie</li> <li>- ambulante Rehabilitationenmaßnahmen bzw. Assistenzleistungen, wenn und soweit kein Anspruch auf Kostenerstattung besteht (z.B. bei Kostenbeitrag nach § 20b EÜR p. 1. bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung)</li> </ul> <p>Die genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen</li> <li>- Sozialberatung und Frühförderung</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- Sozialtherapie und Hausstufhilfe nach vorheriger Zusage</li> <li>- Kunsttherapeutische Behandlung</li> <li>- ggf. für ambulante Einzelmaßnahmen (nicht bei Mischform, drei Stück (incl. ggf. stationärer Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit</li> </ul> <p>Die genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Ersetzt werden nach vorheriger schriftlicher Zusage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendungen für ambulante Sozialtherapie (entsprechend der Regelungen der GKV), max. 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren.</li> <li>- insgesamt höchstens drei stationäre ambulante Einzelmaßnahmen (außer bei Mischform) während der gesamten Vertragslaufzeit - zu 100% (11 Maßnahmen) bzw. 70% (2. + 3. Maßnahme), stationär = nur allgemeinen Krankheitszuständen (zu 100% bzw. 70%).</li> </ul>	<p>Erstattungsfähig sind auch (ggf. vorherige schriftliche Zusage erforderlich):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunsttherapeutische Behandlung (im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation) - evtl. Höchstbetrag beachten</li> <li>- Aufwendungen für ambulante Sozialtherapie (entsprechend der Regelungen der GKV), max. 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>- spezialisierte ambulante Palliativversorgung</li> <li>- Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik</li> <li>- Leistungen der Organtransplantation (nicht bei Mischform) - max. drei Stück (incl. ggf. stationärer Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit</li> </ul> <p>Die jeweiligen genauen Leistungsprämissen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.</p>	<p>Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung eine Geburtsauschule von 600 EUR zur Abgeltung anteilweiliger Aufwendungen gezahlt.</p> <p>Ersetzt werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialberatung und Frühförderung in sozialpädagogischen Zentren bis zur Höhe der mit den speziellen Kostenträgern vereinbarten Kostenanteile, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht</li> <li>- Leistungen der Organtransplantation (nicht bei Mischform) - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage</li> <li>- Sozialtherapie - max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (einschließlich der Kostenanteile bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage)</li> </ul> <p>- Sozialtherapie - max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (einschließlich der Kostenanteile bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage)</p> <p>Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung eine Geburtsauschule von 600 EUR zur Abgeltung anteilweiliger Aufwendungen gezahlt.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermitelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Levehrne PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133230761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus UNZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Stationär</b>						
- 1-Bettzimmer?	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Nein, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Nein, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.
- 2-Bettzimmer?	✓ Die Mehrkosten für die gesondere Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ VAG2-U: Nein, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. ✓ KGH2-U: Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl Spezialisten)?	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ KGH2-U: Ja, privatärztliche Behandlung (Chirurgie) ist erstattungsfähig. ✓ VAG2-U: Nein, privatärztliche Behandlung (Chirurgie) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Leistet der Tarif ohne Beschränkung auf Unfälle/ bestimmte Erkrankungen?	✓ Ja, der Tarif leistet unabhängig von einem Unfall oder einer schweren Erkrankung.	✓ Ja, der Tarif leistet unabhängig von einem Unfall oder einer schweren Erkrankung.	✓ Ja, der Tarif leistet unabhängig von einem Unfall oder einer schweren Erkrankung.	✓ Ja, der Tarif leistet unabhängig von einem Unfall oder einer schweren Erkrankung.	✓ Ja, der Tarif leistet unabhängig von einem Unfall oder einer schweren Erkrankung.	✓ Ja, der Tarif leistet unabhängig von einem Unfall oder einer schweren Erkrankung.
<b>Gebühreordnung Stationär</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ KGH2-U: Privatärztliche Leistungen (Chirurgiebehandlung) sind über die GOÄ hinaus erstattungsfähig. ✓ VAG2-U: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	✓ Privatärztliche Leistungen (Chirurgiebehandlung) sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen.	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. ⚠ Hinweis: Vom lichteinberechneten Arzt persönlich erbrachte Leistungen werden bis zum 5-bedsen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet.	Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Bei privatärztlichen Leistungen (Chirurgiebehandlung) ist die Erstattung auf den Leistungsart der Höchstsätze.	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen angemessenen hoch sind, kann der Versicherer einen Leistungsart auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✓ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebühreordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherte die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✓ Ja, Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebühreordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preisdichten Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebühreordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherte die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei Behandlungen innerhalb der EU/des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutschen Gebühreordnungen für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ). Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen. ⚠ Hinweis: Außerhalb der EU/des EWR reduziert sich der tarifliche Erstattungssatz um 20%, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland (teilweise) durchführbar ist oder vor Reiseantritt keine schriftliche Zusage erteilt wurde.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebühreordnung für Ärzte/Zahnärzte). ⚠ Hinweis: Die Aufwendungen sind die ortsüblichen Aufwendungen.	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. novw. Heilbehandlung im Ausland, ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherte vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfall ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungssteige und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Lehrlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.18, DID: 25-4086132920761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus UNZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Anschlussreha (AHB)</b>	<p>- Anschlussheilbehandlungen bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall, ...)</p> <p>Diagnose bei bestimmten Erkrankungen (Herztransplantation, Bypassoperationen, akuten Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperationen, Gelenkersatzoperationen, Hirninfarkt und -Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen, Nierentransplantation) bestattungsfähig, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.</p>	<p>Ja, Anschlussheilbehandlungen in gemischten Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftliche Zusage bei bestimmten Erkrankungen (Herztransplantation, Bypassoperationen, akuten Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperationen, Gelenkersatzoperationen, Hirninfarkt und -Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen, Nierentransplantation) bestattungsfähig, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.</p>	<p>Ja, Anschlussheilbehandlungen in gemischten Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftliche Zusage bei bestimmten Erkrankungen (Herztransplantation, Bypassoperationen, akuten Herzinfarkt und -Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen, Nierentransplantation) bestattungsfähig, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.</p>	<p>Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.</p>	<p>Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.</p>	<p>Ja, die Halbtage verzieht auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationssträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Rehabilitation bei einem gesetzlichen Rehabilitationssträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.</p>
- Anschlussheilbehandlungen ohne vorherige Zusage?	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige schriftliche Zusage nur bei bestimmten Erkrankungen erstattungsfähig.	Ja, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige Zusage des Versicherten erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige schriftliche Zusage nur bei bestimmten Erkrankungen erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Ja, die Halbtage verzieht auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationssträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Rehabilitation bei einem gesetzlichen Rehabilitationssträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
<b>Privatlinken</b>	<p>Sind alle Krankenhausaufstellungen in Privatlinken (gemäß § 4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?</p> <p>Engelge, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BfPV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KfHEngG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BfPV bzw. dem KfHEngG vorgegebenen Engelge 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 KfHEngG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses).</p> <p>Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.</p>	<p>Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsatzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalenverfahren für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Engelge berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Dier- und Zahnärztinnen (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).</p>	<p>Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>Engelge, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BfPV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KfHEngG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BfPV bzw. dem KfHEngG vorgegebenen Engelge 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 KfHEngG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses).</p> <p>Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.</p>	<p>Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind die Aufwendungen für Krankenhausleistungen max. bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der das maßgebliche Engelge für allgemeine Krankenhausleistungen, das nach dem Bundespflegesatzverordnung berechnungsfähig ist, um nicht mehr als 50% übersteigt. Maßgeblich für die Berechnung ist das Engelge, das das Krankenhaus der Wohnversicherung (z. B. Unfallklinik), das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.</p> <p>Hinweis: Notfälle = keine Begrenzung, keine Zusage erforderlich.</p> <p>Anschlussheilbehandlungen = Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft etc. max. bis zu dem Betrag, den das Krankenhaus für die günstigste Unterkunft für PKV-Versicherte berechnet. Voraussetzung: dass das Krankenhaus einen Vergleichsarbeitsvertrag mit einem medizinischen Rehabilitations- oder Gesundheitsdienstleister abgeschlossen hat, der dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechneter hätte; keine Wahlleistungen</p>	<p>Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind die Aufwendungen für Krankenhausleistungen max. bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der das maßgebliche Engelge für allgemeine Krankenhausleistungen, das nach dem Bundespflegesatzverordnung berechnungsfähig ist, um nicht mehr als 100% übersteigt. Maßgeblich für die Berechnung ist das Engelge, das das Krankenhaus der Wohnversicherung (z. B. Unfallklinik), das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.</p> <p>Hinweis: Notfälle = keine Begrenzung, keine Zusage erforderlich.</p> <p>Anschlussheilbehandlungen = keine Begrenzung Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft etc. max. bis zu dem Betrag, den das Krankenhaus mit einem Vergleichsarbeitsvertrag mit einem medizinischen Rehabilitations- oder Gesundheitsdienstleister abgeschlossen hat, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechneter hätte; keine Wahlleistungen</p>	<p>Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>In Krankenhäusern innerhalb Deutschlands, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KfHEngG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BfPV) abrechnen, werden als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Dier- oder Zahnärztinnen (einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten erstattet, soweit sie die nach dem KfHEngG bzw. der BfPV vorgegebenen Engelge nicht mehr als 100% überschreiten) maßgeblich für die Berechnung ist der Landeserstattungssatz des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist).</p> <p>Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalls eine nicht planbare Behandlung des Krankenkassen die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.</p>

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus UNZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<p>Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?</p>	<p>Erstattungsfähig sind Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung. Engerlis, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPPV) bzw. dem Krankenhausesondergesetz (KfStG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die KfStG-Verordnungen erfüllen und nicht mehr als 50% übersteigen. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichskrankenhaus der reduzierte Erstattungssatz nach dem KfStG (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses).</p>	<p>Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.</p>	<p>Es sind keine Wahlleistungen versichert.</p>	<p>Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind die Anforderungen für Unterkunft im 2-Bettzimmer max. bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der das mögliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen, das nach dem Krankenhausesondergesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechnungsfähig ist, um nicht mehr als 50% übersteigt + gesondert berechnete ärztliche Leistungen.</p> <p>Möglichstlich für die Berechnung ist das Entgelt, das im Krankenhaus der Maximalliegeperson (z. B. Unfallklt), das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.</p>	<p>Nach vorheriger schriftlicher Zusage sind die Anforderungen für Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer max. bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der das mögliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen, das nach dem Krankenhausesondergesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechnungsfähig ist, um nicht mehr als 100% übersteigt + gesondert berechnete ärztliche Leistungen.</p> <p>Möglichstlich für die Berechnung ist das Entgelt, das im Krankenhaus der Maximalliegeperson (z. B. Unfallklt), das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.</p>	<p>Wahlleistungen (2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung) sind erstattungsfähig.</p>
<b>Stationär</b>	<p>- Krankentransporte stationär (unbegrenzt)?</p>	<p>Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>VA2-U: Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig. KGH2-U: Erstattet werden 100% der nach Vorleistung einer Krankleistskostenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p>	<p>Erstatt werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit erforderlichen medizinisch ausgebildetem Begleitpersonal (jedes Krankenhaus innerhalb von 100 Kilometern gilt als nächstgelegenes).</p>	<p>Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>
<p>- Ersatzkrankenhausesgelege bei Verzicht auf die Wahlleistungen?</p>	<p>Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt.</p>	<p>Bei Verzicht auf die Unterbringung im 1-Bettzimmer bzw. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden jeweils 52 EUR pro Tag gezahlt. Wird auf die Bettzimmer verzichtet, werden 50 EUR pro Tag gezahlt.</p>	<p>KGH2-U: Bei Verzicht oder Teilverzicht auf Unterbringung im 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt. VA2-U: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.</p>	<p>Bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft oder auf wahlärztliche Behandlung werden 40 EUR pro Tag gezahlt (Kinder unter 16 Jahre erhalten jeweils die Hälfte).</p>	<p>Bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft werden 70 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 40 EUR pro Tag gezahlt (Kinder unter 16 Jahre erhalten jeweils die Hälfte).</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>
<p>- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MDRK)?</p>	<p>Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes § 4 Abs. 5 (gemischte Ansätze) bleibt hieron unberührt.</p>	<p>Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes § 4 Abs. 5 (gemischte Ansätze) bleibt hieron unberührt.</p>	<p>Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes § 4 Abs. 5 (gemischte Ansätze) bleibt hieron unberührt.</p>	<p>Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes § 4 Abs. 5 (gemischte Ansätze) bleibt hieron unberührt. Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.</p>	<p>Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes § 4 Abs. 5 (gemischte Ansätze) bleibt hieron unberührt. Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.</p>	<p>Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes § 4 Abs. 5 (gemischte Ansätze) bleibt hieron unberührt.</p>
<p>Gemischte Krankenhausaufenthalte - keine Versorgungsorientierung bei Akutversorgung Versorgungskrankenhäuser bei Akutversorgung</p>	<p>Ja, Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungs zugesage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungs zugesage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.</p>	<p>Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthaltes akut eingetretenen Erkrankung, die nicht zusammenhängend mit dem ursprünglichen Krankenhausaufenthalte erforderlich ist. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist</p>	<p>Ja, Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungs zugesage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungs zugesage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.</p>	<p>Ja, Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung - wenn die Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 km vom Wohnsitz der versicherten Person ist - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert und die nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt. Bei TdE-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in TdE-Heilstätten und Sanatorien geleistet.</p>	<p>Ja, Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung - wenn die Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 km vom Wohnsitz der versicherten Person ist - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert und die nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt. Bei TdE-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in TdE-Heilstätten und Sanatorien geleistet.</p>	<p>Eine schriftliche Leistungs zugesage ist nicht erforderlich, - wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern oder - unter bestimmten Voraussetzungen für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (s. auch Leistungs punkt "AaB").</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsstexte und Beträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, ID: 25-4086133230761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Stationär

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus UNZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen ersatzungsfähig	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen ersatzungsfähig	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen ersatzungsfähig	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen ersatzungsfähig	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen ersatzungsfähig	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen ersatzungsfähig
- Hospitz (zur Sterbehilfebegleitung)?	✓ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind ersatzungsfähig	✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospitz sind bedingungsgemäß ersatzungsfähig	✓ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind ersatzungsfähig	✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospitz sind bedingungsgemäß ersatzungsfähig. Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.	✓ Ja, die Kosten für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospitz ersatzungsfähig	✓ Ja, die Kosten für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospitz ersatzungsfähig
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus ersatzungsfähig?	✓ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson ersetzt, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegegesetzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweiten Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des angesuchten Krankenhauses erstattet.	✓ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nicht diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% ersetzt.	✓ Kosten für eine Begleitperson sind nicht ersatzungsfähig	✓ Erstattet werden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist (gilt als erfüllt, wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist).	✓ Erstattet werden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist (gilt als erfüllt, wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist).	✓ 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.
- Kuren stationär?	✓ Stationäre Kuren sind nicht ersatzungsfähig. Es wird ein separater Kurarif angeboten.	✓ Erstattet werden bei einer Gemeinsamskur (münd. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur -jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich bei sonstigen Kuren vor Kuranfang - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (gemischte Krankenanstalt, Sanatorium) 100% der Aufwendungen für ärztliche Beratungen, Besuche und Verordnungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Ernährung, Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Körper- und Kurpflege.	✓ Stationäre Kuren sind nicht ersatzungsfähig. Es wird ein separater Kurarif angeboten.	✓ Stationäre Kuren sind nicht ersatzungsfähig.	✓ 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete stationäre Heilkuren oder Rehabilitationen (nicht AHB § 11), maximal 1.000 EUR. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Heilkur. Erstattungsgegenstand sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Leistungen, Kurorte, Kur- oder Heilbädereinsparnisse, Arzneimittel, Kammerl und physikalische Therapie.	✓ Stationäre Kuren sind bedingungsgemäß nicht ersatzungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel ersatzungsfähig.
Sonstiges	✓ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson ersetzt, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegegesetzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweiten Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des angesuchten Krankenhauses erstattet.	✓ Rooming-in: Wird neben einem nach diesem Tarif versicherten Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden Aufwendungen für Unterbringung/Verpflegung des Elternteils zu 100% ersetzt.	✓ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson ersetzt, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegegesetzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweiten Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des angesuchten Krankenhauses erstattet.	✓ Voller Erstattung der rein ärztlichen Kosten der Ambulant im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführte ambulante - und Abschlagsunterstützung durch den Inhabersberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt.	✓ Stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen sind nur dann ersatzungsfähig, wenn sie aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.	

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Lizenzierte PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-0086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A-U PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHÉ MAS.Bonus UNZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Zahn</b>						
Zahnbehandlung (%)?	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung (incl. professionelle Zahnreinigung) ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung (incl. professionelle Zahnreinigung) ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	✓ Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbissgehäfen und Schienen sind zu 75% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbissgehäfen und Schienen sind zu 85% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.
Kieferorthopädie (%)?	✓ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.	✓ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	✓ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.	✓ Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.
Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung?	✓ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✓ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✓ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	⚠ Kieferorthopädie ist bis zum Alter 20 erstattungsfähig. Hinweis: Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skeletale Verletzungsbedingte Kieferheilung).	⚠ Kieferorthopädie ist bis zum Alter 20 erstattungsfähig. Hinweis: Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skeletale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferheilung).	✓ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
<b>Gebühreordnung Zahn</b>						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	⚠ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung bei gesetzlicher Auslandbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✓ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ (Gebühreordnung für Zahnärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostentilnahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✓ Ja, Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebühreordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preifähigen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ (Gebühreordnung für Zahnärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostentilnahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei Behandlungen innerhalb der EU/als EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutschen Gebühreordnungen für Ärzte/Zahnärzte (GOZ/GOZ, Erstattungsfähig sind die ersüblichen Aufwendungen. Hinweis: Außerhalb der EU/als EWR reduziert sich der tarifliche Erstattungssatz um 20%, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland (teilweise) durchführbar ist oder vor Reiseantritt keine schriftliche Zusage erteilt wurde.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ/GOZ (Gebühreordnung für Ärzte/Zahnärzte), wenn die ersüblichen Aufwendungen.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. nov. Heilbehandlung im Ausland, ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.
<b>Zahn</b>	- Verzicht auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis?	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsreste und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Zahn

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+-PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS BONUS UNZ PVN MKT. 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	<p>Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, sofern keine Zähne fehlen, wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2.000 EUR im ersten Versicherungsjahr</li> <li>- 4.000 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren</li> <li>- 6.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren</li> <li>- 8.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren</li> </ul> <p>Hinweis: Zahnstiftl bei bis zu 5 fehlenden Zähnen:                      - Wertzeit in den ersten zwei Jahren                      - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag                      - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag                      - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht</p>	<p>Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen.                      Hinweis: Zahnstiftl:                      - im 2. fehlenden Zahnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ, 1.000 EUR im 4. KJ, 1.250 EUR im 5. KJ, 1.500 EUR im 6. KJ, 1.750 EUR im 7. KJ</p>	<p>Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, sofern keine Zähne fehlen, wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2.000 EUR im ersten Versicherungsjahr</li> <li>- 4.000 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren</li> <li>- 6.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren</li> <li>- 8.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren</li> </ul> <p>Hinweis: Zahnstiftl bei bis zu 5 fehlenden Zähnen:                      - Wertzeit in den ersten zwei Jahren                      - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag                      - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag                      - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht</p>	<p>Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn gelten folgende Ersatzungshöchstbeträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 750 EUR während der ersten 12 Monate</li> <li>- 1.500 EUR während der ersten 24 Monate</li> <li>- 2.250 EUR während der ersten 36 Monate</li> <li>- 3.000 EUR während der ersten 48 Monate</li> </ul>	<p>Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn gelten folgende Ersatzungshöchstbeträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.000 EUR während der ersten 12 Monate</li> <li>- 2.000 EUR während der ersten 24 Monate</li> <li>- 3.000 EUR während der ersten 36 Monate</li> <li>- 4.000 EUR während der ersten 48 Monate</li> </ul>	<p>Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten folgende Rechnungshöchstbeträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.800 EUR im 1. und 2. Kalenderjahr</li> <li>- 2.800 EUR im 3. und 4. Kalenderjahr</li> <li>- 3.800 EUR im 5. und 6. Kalenderjahr</li> <li>- 5.200 EUR im 7. und 8. Kalenderjahr</li> <li>- 7.800 EUR im 9. und 10. Kalenderjahr</li> </ul>
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	<p>Bei unbilligerer zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstiftel.</p>	<p>Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.</p>	<p>Bei unbilligerer zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstiftel.</p>	<p>Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.                      Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.</p>	<p>Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.                      Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.</p>	<p>Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	<p>Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.</p>	<p>Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferorthopädie ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, ansonsten werden die überschrittenen Aufwendungen 1.500 EUR über 1.500 EUR hinausgehenden ersatzfähigen Aufwendungen um 50% gekürzt.</p>	<p>Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.</p>	<p>Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers empfohlen.</p>	<p>Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers empfohlen.</p>	<p>Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (incl. Kostenvoranschlag des zahnärztlichen Labors) vorzulegen, ansonsten besteht für die über 2.500 EUR hinausgehenden ersatzfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.                      Bei Implantaten ist generell wobei ein Heil- u. Kostenplan mit Material- und Laborkosten (maximal) erforderlich, andernfalls erfolgt eine Kürzung der tariflichen Leistung um 50%.</p>
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	<p>Inlays &amp; Implantate sind ohne unbillige Begrenzungen ersatzungsfähig.</p>	<p>Inlays &amp; Implantate sind ohne unbillige Begrenzungen ersatzungsfähig.</p>	<p>Inlays &amp; Implantate sind ohne unbillige Begrenzungen ersatzungsfähig.</p>	<p>Ersatzungsfähig sind max. 6 Implantate pro Kiefer, einschließlich auf Implantaten sitzenden Zahnersatz (Suprakonstruktionen).</p>	<p>Inlays &amp; Implantate sind ohne unbillige Begrenzungen ersatzungsfähig.</p>	<p>Inlays &amp; Implantate sind ohne unbillige Begrenzungen ersatzungsfähig.</p>
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung ersetzt?	<p>Inlays werden wie Zahnersatz ersetzt.</p>	<p>Inlays werden wie Zahnbehandlung ersetzt.</p>	<p>Inlays werden wie Zahnersatz ersetzt.</p>	<p>Inlays werden wie Zahnersatz ersetzt.</p>	<p>Inlays werden wie Zahnbehandlung ersetzt.</p>	<p>Inlays werden wie Zahnbehandlung ersetzt.</p>
Sonstiges	<p>Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehunfähigkeit zu 100% ersetzt.                      Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit ist nicht versichert.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>	<p>Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehunfähigkeit zu 100% ersetzt.                      Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit ist nicht versichert.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Leihlinie PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U-KGH2-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus URZ PVN MKT 43
Monatsbeitrag:	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	<p>Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das adreneropäpische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im adreneropäpischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.</p>	<p>Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.</p>	<p>Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das adreneropäpische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im adreneropäpischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.</p>	<p>Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes (Kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden). Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Hilfebehandlung über 6 Monate hinaus verlängert werden, besteht Versicherungsschutz solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>	<p>Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes (Kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden). Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Hilfebehandlung über 12 Monate hinaus verlängert werden, besteht Versicherungsschutz solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>	<p>MAS Bonus: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Hilfebehandlung. NZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine Dauer von höchstens 8 Wochen umfasst und übersteigt. Tritt der Versicherte während der ersten 8 Wochen ein und übersteigt eine leistungsrechtliche 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.</p>
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	<p>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.</p>	<p>Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsfähige ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Separiert im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.</p>	<p>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.</p>	<p>Rücktransport aus dem Ausland ist zu 100% erstattungsfähig (auch im Ambulanztlagezug). Überführungskosten werden zu 100% ersetzt. Bestattungskosten im Ausland ebenfalls zu 100%, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung angefallen wären.</p>	<p>Rücktransport aus dem Ausland ist zu 100% erstattungsfähig (auch im Ambulanztlagezug). Überführungskosten werden zu 100% ersetzt. Bestattungskosten im Ausland ebenfalls zu 100%, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung angefallen wären.</p>	<p>URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlaufe 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 europäpischen 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. MAS Bonus: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p>
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/ROW/Europa volle tarifl. Leistung? (keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Monat festsetzungsgrenzend zugrunde gelegt werden.</p>	<p>Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inhabitsleistungen begrenzt.</p>	<p>Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Monat festsetzungsgrenzend zugrunde gelegt werden.</p>	<p>Bei vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ersichtlichen Kosten geleistet.</p>	<p>Bei vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ersichtlichen Kosten geleistet.</p>	<p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes von max. 6 Monaten vorübergehende Unterbrechungen werden mit eingeschlossen. Innerhalb der EWR oder der Schweiz besteht Versicherungsschutz in ähnlichen Umfang.</p>
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/ROW/Europa volle tarifl. Leistung? (keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterte Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlegung möglich.</p>	<p>Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inhabitsleistungen begrenzt.</p>	<p>Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterte Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlegung möglich.</p>	<p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ersichtlichen Kosten geleistet.</p>	<p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ersichtlichen Kosten geleistet.</p>	<p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes über 6 Monate hinaus innerhalb der EWR, des EWR oder der Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung, sofern der Versicherte darüber innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung informiert wurde. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages seitens des Versicherungsnehmers oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung ist der Versicherte höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft beantragt werden.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsstexe und Beträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, ID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus URZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>- Wohnsitzerlegung in das adereuropäische Ausland möglich?</b>	<p>✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins adereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung dieser anderweitigen Vereinbarung einen geringeren Wohnsitz erlangt. Der Versicherer kann in Maßnahmen Monate eines Aufenthalts im Ausland bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherer kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Aufenthaltsverhältnisses in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.</p>	<p>⚠ Bei einem Auslandsaufenthalt im adereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) für die versicherte Person besteht bei der Wohnsitzerlegung in ein anderes adereuropäisches Land ein bestehendes Versicherungsverhältnis für die Unterbringung im Einberufungsgebiet der versicherten Person. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung fortgesetzt wird. Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia besteht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im adereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzerlegung).</p>	<p>✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins adereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung dieser anderweitigen Vereinbarung einen geringeren Wohnsitz erlangt. Der Versicherer kann in Maßnahmen Monate eines Aufenthalts im Ausland bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherer kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Aufenthaltsverhältnisses in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.</p>	<p>✔ Bei Wohnsitzerlegung in einen Staat außerhalb der EU/des EWR besitzt das Recht auf Weiterführung (höchstens auf max. 3 Jahre), ggf. mit (anberufungsähnlichem) Beitragszuschlag (entfällt bei Rückkehr). Ohne Vereinbarung endet das Vertragsverhältnis oder kann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.</p>	<p>✔ Bei Wohnsitzerlegung in einen Staat außerhalb der EU/des EWR besitzt das Recht auf Weiterführung (höchstens auf max. 3 Jahre), ggf. mit (anberufungsähnlichem) Beitragszuschlag (entfällt bei Rückkehr). Ohne Vereinbarung endet das Vertragsverhältnis oder kann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.</p>	<p>Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.</p>
<b>Algemeine Kriterien / Ausland / Antrag</b>	<p>- Erzielungsmaßnahmen - 100% Ersatzgrund. 3 Maßnahmen?</p> <p>Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Erzielungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80%, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungs zugesage erteilt hat - es sich um um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsstrategie handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht</p> <p>- hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).</p>	<p>✔ Erstattet werden insgesamt drei ambulante/stationäre Erzielungsmaßnahmen, 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 Kostenträgern werden angerechnet.</p>	<p>Erstattet werden nach vorheriger Zusage insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Erzielungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit - 100% für die erste Erzielungsmaßnahme, 70% für die zweite und dritte. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen (zu 100% bzw. 70%). Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang.</p>	<p>Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Erzielungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht), sofern der Versicherer vorab eine Leistungs zugesage erteilt hat. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang.</p> <p>⚠ Hinweis: Erzielungsmaßnahmen in Privatkliniken: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvortrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte; keine Wahlleistungen</p>	<p>Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Erzielungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht), sofern der Versicherer vorab eine Leistungs zugesage erteilt hat. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang.</p> <p>⚠ Hinweis: Erzielungsmaßnahmen in Privatkliniken: max. bis zu dem Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvortrag zur medizinischen Rehabilitation, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte; keine Wahlleistungen</p>	<p>✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Erzielungsmaßnahmen für stoffgebundene Suchterkrankungen keine Nikotinsucht) geleistet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht,</li> <li>- die stationäre Erzielungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsstrategie für die jeweilige Erzielungsmaßnahme zugewiesenen Einrichtung oder die ambulante Erzielungsmaßnahme durch bedächtig geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt.</li> </ul> <p>Bei der ersten Erzielungsmaßnahme sind 100% erstattungsfähig, bei der zweiten und dritten 80%. Die verbleibenden 20% sind nach Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weker aus ökonomischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen ersetzt.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Levehrne PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHVVA+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHÉ MAS Bonus URZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundewünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✓ Künstliche Befruchtung ist zu 100% erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann</li> <li>- die Behandlung bei verheirateten bzw. in ehelicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und</li> <li>- eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht.</li> </ul> <p>Ein Leistungsanspruch besteht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder (IVF) oder</li> <li>- bis zu 4 Versuche nach der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).</li> </ul> <p>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.</p>	<p>✓ In der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✓ Künstliche Befruchtung ist zu 100% erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben</li> <li>- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann</li> <li>- die Behandlung bei verheirateten bzw. in ehelicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und</li> <li>- eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht.</li> </ul> <p>Ein Leistungsanspruch besteht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder (IVF) oder</li> <li>- bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder</li> <li>- bis zu 4 Versuche nach der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).</li> </ul> <p>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.</p>	<p>✓ Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sind nach vorheriger schriftlicher Aussage max. 4 Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren erstattungsfähig, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt,</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und</li> <li>- die zu behandelnde weibliche Person zum Behandlungsbeginn noch keine 41 Jahre alt ist.</li> </ul> <p>Hat der Versicherte Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren, die bereits zu 2 Geburten geführt haben, erbracht, werden keine weiteren Versuche vergütet.</p> <p>Ein möglicher Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet.</p>	<p>✓ Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sind nach vorheriger schriftlicher Aussage max. 4 Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren erstattungsfähig, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt,</li> <li>- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und</li> <li>- die zu behandelnde weibliche Person zum Behandlungsbeginn noch keine 41 Jahre alt ist.</li> </ul> <p>Hat der Versicherte Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren, die bereits zu 2 Geburten geführt haben, erbracht, werden keine weiteren Versuche vergütet.</p> <p>Ein möglicher Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Wahlsamen der assistierten Reproduktionstechnik zur Anderwuschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Aussage, die erfüllt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Weiterbehandlung mittels eigener weiteher bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die nur mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet,</li> <li>- die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in ehelicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließl. Ei- und Spermienzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),</li> <li>- vor Behandlungsentgelt dinstudem Recht,</li> <li>- vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt.</li> </ul> <p>Tarifflich erstattet werden bis zu 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche an In-vitro-Fertilisation (IVF), Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (einschl. der dabei erforderlichen IVF), Intrauterinen Gammentransfer (hiervon max. 2 Versuche).</p> <p>Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintritt, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist.</p> <p>Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die o. g. erfüllt sind.</p> <p>Leistungsansprüche der versicherten Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. Staat, GKV) haben Vorrang und werden angerechnet.</p>
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung Wertezentren/ Wertezentren:	<p>✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wertezentren bei erstmaliger Versicherung.</p>	<p>✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wertezentren.</p>	<p>✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wertezentren.</p>	<p>✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wertezentren.</p>	<p>✓ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wertezentren.</p>	<p>kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wertezentren, bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Anlage eines anderen Versicherungsberichts können die Wertezentren entfallen.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsreste und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Leihlinie PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, ID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM2+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHÉ MAS Bonus URZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Garantierte Beitragsrückerstattung?	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert. Lt. Barmenia wird die Höhe derzeit bis einschli. 2014 garantiert (Auszahlung in 2015).	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person je Versicherungsmonat, in dem Versicherungsbeginn nach dieser Tarifstufe besteht, einen Bonus von 60 EUR – maximal 280 EUR je Kalenderjahr je versicherte Person. Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des Versicherungsnehmers zugeworfen, sofern ein Betrag per Überweisung vom Versicherungsnehmer zur Verfügung gestellt wird. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 220 EUR auf den Versicherungsbeitrag angerechnet, auch dann, wenn die Versicherung nach diesem Tarif vor Ablauf eines Kalenderjahres endet. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermöglicht sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestanden.
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 Leistungsfreiem Jahr?	<p>VA6-U:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt 60% vom: <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 Monatsbeitrag bei 1 Leistungsfreiem Jahr</li> <li>-1,5 Monatsbeiträgen bei 2 Leistungsfreien Jahren</li> <li>-2 Monatsbeiträgen bei 3 Leistungsfreien Jahren</li> <li>-2,5 Monatsbeiträgen bei 4 Leistungsfreien Jahren</li> <li>-3 Monatsbeiträgen bei 5 und mehr Leistungsfreien Jahren</li> </ul> </li> <li>Für unregelmäßige Beiträge wird im 1. Jahr keine anteilige BRE gezahlt.</li> <li>Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich.</li> <li>Prem Zahn-U: Es liegen keine Informationen zur Beitragsrückerstattung vor.</li> <li>Hinweis: Verhaltensbonus: - BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 25 EUR jährlich</li> <li>- Nichtraucher: 25 EUR jährlich</li> <li>- Sportabzeichen: 50 EUR</li> </ul>	<p>Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt zzt.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Monatsbeitrag für 1 Leistungsfreies Jahr</li> <li>1,5 Monatsbeiträge für 2 Leistungsfreie Jahre</li> <li>2,0 Monatsbeiträge für 3 Leistungsfreie Jahre</li> <li>2,5 Monatsbeiträge für 4 Leistungsfreie Jahre</li> <li>3,0 Monatsbeiträge für 5 und mehr Leistungsfreie Jahre</li> </ul> <p>Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaktische Leistungen bzw. die Endrundungspauschale sind BRE-unschädlich, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen entsprechend bezeichnet sind bzw. erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung gehandelt hat.</p>	<p>VA2-U:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt 60% vom: <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 Monatsbeitrag bei 1 und 2 Leistungsfreien Jahren</li> <li>-1,5 Monatsbeiträgen bei 3 und 4 Leistungsfreien Jahren</li> <li>-2 Monatsbeiträgen bei 5 und mehr Leistungsfreien Jahren</li> </ul> </li> <li>Für unregelmäßige Beiträge wird im 1. Jahr keine anteilige BRE gezahlt.</li> <li>Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich.</li> <li>Prem Zahn-U: Es liegen keine Informationen zur Beitragsrückerstattung vor.</li> <li>Hinweis: Verhaltensbonus: - BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 25 EUR jährlich</li> <li>- Nichtraucher: 25 EUR jährlich</li> <li>- Sportabzeichen: 50 EUR</li> </ul>	<p>Wenden keine Rechnungen eingereicht, erhält der versicherte Erwachsene jeweils vom Jahresbeitrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-15% für das erste leistungsfreie Jahr</li> <li>-20% für das zweite leistungsfreie Jahr</li> <li>-25% für das dritte leistungsfreie Jahr</li> <li>-30% ab dem vierten leistungsfreien Jahr.</li> </ul> <p>Hinweis: Kinder-BONUS 35: Kinder und Jugendliche erhalten für jedes leistungsfreie Jahr 35% des Jahresbeitrages zurück, vollendet die versicherte Person im BONUS-relevanten Jahr das 21. Lebensjahr, dann gilt der Kinder-BONUS 35 anteilig bis zum Geburtsmonat, für das restliche Jahr wird der Erwachsenen-BONUS entsprechend der Anzahl leistungsfreier Versicherungsjahre anteilig gezahlt.</p>	<p>Wenden keine Rechnungen eingereicht, erhält der versicherte Erwachsene jeweils vom Jahresbeitrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-15% für das erste leistungsfreie Jahr</li> <li>-20% für das zweite leistungsfreie Jahr</li> <li>-25% für das dritte leistungsfreie Jahr</li> <li>-30% ab dem vierten leistungsfreien Jahr.</li> </ul> <p>Hinweis: Kinder-BONUS 35: Kinder und Jugendliche erhalten für jedes leistungsfreie Jahr 35% des Jahresbeitrages zurück, vollendet die versicherte Person im BONUS-relevanten Jahr das 21. Lebensjahr, dann gilt der Kinder-BONUS 35 anteilig bis zum Geburtsmonat, für das restliche Jahr wird der Erwachsenen-BONUS entsprechend der Anzahl leistungsfreier Versicherungsjahre anteilig gezahlt.</p>	<p>Zusätzlich zum Gesundheitsbonus von 60 EUR pro Monat (s. Punkt "Beitragsrückerstattung garantiert") wird bei Leistungsfreiheit eine Beitragsrückerstattung gezahlt von zzt.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 MB (Monatsbeitrag) für 1 KJ (Kalenderjahr)</li> <li>-1,5 MB für 2 KJ</li> <li>-2 MB für 3 KJ</li> <li>-2,5 MB für 4 KJ</li> <li>-3 MB für 5 KJ</li> </ul> <p>Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leitlinie PKV 2.0.4. Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus URZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>- Zusatzleistungen bei Entbindung?</b>	<p>✓ Prem Zahn-U: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elternkind besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die versicherte Person, die das Elternkind bezieht. Der Bezug von Elternkind ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgedehnt auf das Elternkind des ersten Prem Zahn-U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellte wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p> <p>VA6-U: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elternkind besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die versicherte Person, die das Elternkind bezieht. Der Bezug von Elternkind ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgedehnt, wenn bei Beiratung des Tarifes VA6-U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p> <p>500 EUR Pauschale bei häuslicher Entbindung (bei Mehrlingsgeburten entsprechend des Vielfache).</p>	<p>✓ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate bei Bezug von Elternkind, wenn zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs von Elternkind die versicherte Person umtreibar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif VHV+ versichert ist.</p> <p>Bei Hausentbindungen wird eine Pauschale (Ermittlung) von 500 EUR gezahlt.</p> <p>Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlicher Attest werden weiteingeführt werden (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).</p>	<p>✓ KGH2-U: 500 EUR Pauschale bei häuslicher Entbindung (bei Mehrlingsgeburten entsprechend des Vielfache).</p> <p>Während der ersten 5 Monate des Bezuges von Elternkind besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die versicherte Person, die das Elternkind bezieht. Der Bezug von Elternkind ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgedehnt, wenn bei Beiratung des Tarifes Prem Zahn-U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellte wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p>	<p>✓ Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>	<p>✓ Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>	<p>✓ Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.</p>
<b>- bedingungsnahe Darstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtschäden?</b>	<p>✓ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.</p>	<p>✓ 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✓ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.</p>	<p>✓ 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✓ 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✓ 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, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>
<b>- gegarantes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?</b>	<p>✓ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung besetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenüberwälzung fortzuführen, wenn der Kostenträgerwunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.</p>	<p>✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wertzeiten vertraglich geregelt (sollen kein höherwertigen Versicherungsschutz beintragt wird).</p>	<p>✓ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung besetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenüberwälzung fortzuführen, wenn der Kostenträgerwunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.</p>	<p>✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wertzeiten vertraglich geregelt (sollen kein höherwertigen Versicherungsschutz beintragt wird).</p>	<p>✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wertzeiten vertraglich geregelt (sollen kein höherwertigen Versicherungsschutz beintragt wird).</p>	<p>✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wertzeiten vertraglich geregelt (sollen kein höherwertigen Versicherungsschutz beintragt wird).</p>
<b>- Anschlusskrieg/Frem (§5 1a MBKK)?</b>	<p>✓ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspraktik auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen &amp; für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind.</p> <p>Der Versicherungsschutz erstreckt sich weithin auf Krankheiten, Unfällen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.</p> <p>Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).</p>	<p>✓ Ja, keine Leistungspraktik 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 sind nicht zu den Kriegereignissen.</p> <p>Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>✓ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspraktik auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen &amp; für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind.</p> <p>Der Versicherungsschutz erstreckt sich weithin auf Krankheiten, Unfällen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.</p> <p>Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).</p>	<p>✓ Für Krankheiten, Krankheitserfolgen oder Unfällen und Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind, besteht Leistungspraktik, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegereignisses benachrichtigt wird (z. B., wenn das Auswärtige Amt keine Reiseanweisung gegeben hat) und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreiben hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes verhindert ist.</p> <p>Bei terroristischen Anschlägen wird ebenfalls geleistet.</p>	<p>✓ Für Krankheiten, Krankheitserfolgen oder Unfällen und Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind, besteht Leistungspraktik, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegereignisses benachrichtigt wird (z. B., wenn das Auswärtige Amt keine Reiseanweisung gegeben hat) und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreiben hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes verhindert ist.</p> <p>Bei terroristischen Anschlägen wird ebenfalls geleistet.</p>	<p>✓ Die Leistungspraktik gilt nicht bei Kriegereignissen im Ausland, wenn a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reiseanweisung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reiseanweisung für das Aufenthaltsgebiet während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreiben hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird.</p> <p>Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1 a) MBKK 2009.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsstexe und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Lehrlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, ID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHÉ MAS Bonus URZ PVN MKT 43
Monatsbeitrag:	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sonstiges	<p>✔ Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: - telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungsleistungen, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten.</p> <p>Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr besorgten Vorfallenden des Todes, des Todeslagers oder der Vermögenslage zugesprochen hat, besteht kein Versicherungsschutz.</p>	<p>✔ Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III für die Dauer der Schweregradbedürftigkeit - ab dem 1. Tag eines ununterbrochenen Krankheitszustandes bis auf die weitere Versicherungsbedürftigkeit (jedoch nicht bei Anschlussmaßnahmen sowie aufenthalts- die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)</p>	<p>✔ Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: - telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungsleistungen, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten.</p> <p>Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr besorgten Vorfallenden des Todes, des Todeslagers oder der Vermögenslage zugesprochen hat, besteht kein Versicherungsschutz.</p>	<p>✔ Pflege-Pauschale von einmalig 3.000 EUR bei Pflegestufe I oder II - Vorsorge-Pauschale gem. Verzeichnis des Tarifs MP100, sofern kein anderer Ausweitungssatz - Vermittlung von Spezialisten bei Feststellung bestimmter Diagnosen gem. KMG 2e und Therapieerkenntnis gem. KMG 2e - Anrechnung von Kosten für Arztspargelhen, MS, Borchhallerzonen, Magenlebertumoren - kostenlose Beratung bei möglichen Behandlungsoptionen</p>	<p>✔ Pflege-Pauschale von einmalig 3.000 EUR bei Pflegestufe II oder III - Vorsorge-Pauschale gem. Verzeichnis des Tarifs MP100, sofern kein anderer Ausweitungssatz - Vermittlung von Spezialisten bei Feststellung bestimmter Diagnosen gem. KMG 2e und Therapieerkenntnis gem. KMG 2e - Anrechnung von Kosten für Arztspargelhen, MS, Borchhallerzonen, Magenlebertumoren - kostenlose Beratung bei möglichen Behandlungsoptionen</p>	<p>Keine Leistung vorhanden.</p>
- Optionsrecht auf Höhenversicherung in bessere Tarif?	✔ Optionsrecht auf Höhenversicherung enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höhenversicherung enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höhenversicherung enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höhenversicherung enthalten.	Kein Optionsrecht auf Höhenversicherung.	Kein Optionsrecht auf Höhenversicherung.
<b>Optionsrecht auf Höhenversicherung</b>	<p>✔ Neben der Möglichkeit, zu bestimmen Anlässen (z.B. Erlangung des Facharzttitels, Niederlassung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.</p> <p>✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Einmalig bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation der versicherten Person - Erlangung des Facharzttitels - Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt - Niederlassung - Einmalig bei Beschließung der versicherten Person (in diesem Fall behalten eingetragene Versicherungsstelle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburtsurkunde 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 in Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet</p>	<p>✔ Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere 5B-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.</p> <p>✔ Zusätzliches, anlassbezogenes Optionsrecht auf Höhenversicherung - innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre: - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation eines Kindes der versicherten Person - einmal bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltenverträgen und Selbstständigkeit - bei Erlangung der versicherten Person ins Ausland - Des Weiteren ist nach Reduzierung des Versicherungsrisikos (z.B. zweijährige Rückmeldung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif) möglich.</p>	<p>✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Erlangung des Facharzttitels - Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt - Niederlassung - Einmalig bei Beschließung der versicherten Person (in diesem Fall behalten eingetragene Versicherungsstelle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburtsurkunde 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 in Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet</p>	<p>✔ Die Umstellung des Versicherungsschutzes kann zum 1. Januar des sechsten oder des achten Versicherungsjahres im Tarif MP100 beantragt werden. Auf die Versicherungsdauer werden Vertragslaufzeiten im Ausbildungs tariff und/oder bei Wechsel aus Amvetschäfts- oder Ruhestandsvereinbarungen angerechnet.</p>	<p>Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höhenversicherung enthalten.</p>	
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Auszubildende)?	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Beitragszuschlässe für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlässe vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlässe vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlässe vereinbart.	✔ Bei fristgerechter Ausübung des Optionsrechtes (spätestens einen Monat vor dem 6. oder 8. Versicherungsjahr) erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung und es gibt auch keine Wartezellen.	✔	✔
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zielanteile des Versicherers?	<p>✔ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höherem als auch mit umfasserem Leistungen verlangt werden.</p> <p>⚠ Hinweis: VA6-U-13 ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnversatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsbeginn nicht umfasst wurden.</p>	<p>✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zielanteile bei Ausübung der Option.</p>	<p>✔ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höherem als auch mit umfasserem Leistungen verlangt werden.</p> <p>⚠ Hinweis: VA2-U-13 ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnversatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsbeginn nicht umfasst wurden.</p>	<p>✔ Die Option erstreckt sich nur auf Krankheitskosten-Tarife der Tarif-Serie Ärzte im Rahmen einer substitutiven Krankenversicherung, die für den Neuzugang geöffnet sind und bei denen die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen erfüllt.</p>	✔	✔

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Lehrlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.8, ID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Sonstiges

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus URZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundewünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	<p>Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung minderjährige Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.</p>	<p>Ja, für minderjährige Personen (z.B. minderjährige Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.</p>	<p>Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung minderjährige Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.</p>	<p>Die Ausübungzeitpunkte gelten für alle versicherten Personen, für eine minderjährige Person unter 21 Jahren gelten außerdem folgende Ausübungzeitpunkte:</p> <p>Eine minderjährige Person unter 21 Jahren ist eine nach Tarif MP100 versicherte Person, die das Kind oder im selben Tarif versicherten Person und noch nicht 21 Jahre alt ist.</p> <p>Die Umstellung kann zusätzlich auch zeitgleich mit der Umstellung des Versicherungsschutzes, das im Tarif MP100 (Arzt Plus 100) versicherten Elternwells beantragt werden. In diesem Fall müssen die Ausübungzeitpunkte nur für den versicherten Elternteil, aber nicht für die minderjährige Person unter 21 Jahren eingehalten werden.</p>	<p>Die Option ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person aus einem anderen Krankheitskostentarif der Allianz in Tarif MP100 (Arzte Plus 100) gewechselt ist (Tarifwechsel).</p> <p>Als Tarifwechsel gilt nicht, wenn die versicherte Person während ihrer Ausbildung im MP100A versichert war und ihr Versicherungsschutz von dort in Tarif MP100 umgestellt worden ist. Es sei denn, vor dem Ausbildungsstart bestand beim Versicherer noch einer anderer Krankheitskostentarif (außer MP100).</p>	<p>Die Option ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person aus einem anderen Krankheitskostentarif der Allianz in Tarif MP100 (Arzte Plus 100) gewechselt ist (Tarifwechsel).</p> <p>Als Tarifwechsel gilt nicht, wenn die versicherte Person während ihrer Ausbildung im MP100A versichert war und ihr Versicherungsschutz von dort in Tarif MP100 umgestellt worden ist. Es sei denn, vor dem Ausbildungsstart bestand beim Versicherer noch einer anderer Krankheitskostentarif (außer MP100).</p>
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	<p>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 ausgedeut werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.</p>	<p>Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenvollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.</p>	<p>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 ausgedeut werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.</p>	<p>Die Option ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person aus einem anderen Krankheitskostentarif der Allianz in Tarif MP100 (Arzte Plus 100) gewechselt ist (Tarifwechsel).</p> <p>Als Tarifwechsel gilt nicht, wenn die versicherte Person während ihrer Ausbildung im MP100A versichert war und ihr Versicherungsschutz von dort in Tarif MP100 umgestellt worden ist. Es sei denn, vor dem Ausbildungsstart bestand beim Versicherer noch einer anderer Krankheitskostentarif (außer MP100).</p>	<p>Die Option ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person aus einem anderen Krankheitskostentarif der Allianz in Tarif MP100 (Arzte Plus 100) gewechselt ist (Tarifwechsel).</p> <p>Als Tarifwechsel gilt nicht, wenn die versicherte Person während ihrer Ausbildung im MP100A versichert war und ihr Versicherungsschutz von dort in Tarif MP100 umgestellt worden ist. Es sei denn, vor dem Ausbildungsstart bestand beim Versicherer noch einer anderer Krankheitskostentarif (außer MP100).</p>	<p>Die Option ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person aus einem anderen Krankheitskostentarif der Allianz in Tarif MP100 (Arzte Plus 100) gewechselt ist (Tarifwechsel).</p> <p>Als Tarifwechsel gilt nicht, wenn die versicherte Person während ihrer Ausbildung im MP100A versichert war und ihr Versicherungsschutz von dort in Tarif MP100 umgestellt worden ist. Es sei denn, vor dem Ausbildungsstart bestand beim Versicherer noch einer anderer Krankheitskostentarif (außer MP100).</p>
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	<p>Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgedeut werden.</p>	<p>Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgedeut werden.</p>	<p>Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgedeut werden.</p>	<p>Das Optionsrecht kann bis Alter 52 ausgedeut werden.</p>		
<b>Antragsfragen/Auflagehinlinien</b>						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	<p>Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Krankenvorschubbehandlung zeitlich unbegrenzt).</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (3 Jahre bei ambulanten Operationen).</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (3 Jahre bei ambulanten Operationen).</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre</p>
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	<p>Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt 3 Jahre (stational 5 Jahre).</p>	<p>Nicht, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt 3 Jahre (stational 5 Jahre).</p>	<p>Nicht, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.</p>	<p>Nicht, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.</p>	<p>Nicht, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.</p>
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	<p>Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 3 Jahre.</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 3 Jahre.</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 3 Jahre.</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 3 Jahre.</p>	<p>Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 3 Jahre.</p>	<p>Nicht, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32,5 Jahre).</p>
- Verzicht der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten i.d. Vergangenheit"?	<p>Nein, im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen und Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"</p>	<p>Nein, im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen und Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"</p>	<p>Nein, im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen und Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"</p>	<p>Nein, im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen und Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"</p>	<p>Nein, im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen und Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"</p>	<p>Nein, im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen und Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"</p>
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	<p>bis bis zu 5 fehlenden Zähnen: begrenzte Zahnsatz (5-Punkt, Summenbegrenzung max. ....Jahre.) bei 6 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss</p>	<p>1 fehlender Zahn, ohne Auswirkung 2, und 3 fehlende Zähne Zahnsatz (5 Punkt Summenbegrenzung max. ....Jahre.) ab 6 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)</p>	<p>bis bis zu 5 fehlenden Zähnen: begrenzte Zahnsatz (5-Punkt, Summenbegrenzung max. ....Jahre.) bei 6 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss</p>	<p>Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.</p>	<p>Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.</p>	<p>Es liegen leider keine Informationen vor.</p>
- sind Kinder alleine (ohne Eltern!) versicherbar?	<p>Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.</p>	<p>Kinder sind in den Arztstarfen der Barmenia nicht alleine versicherbar.</p>	<p>Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.</p>	<p>Kinder sind nicht allein versicherbar.</p>	<p>Kinder sind nicht allein versicherbar.</p>	<p>Kinder sind auch alleine versicherbar.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungsreste und Beträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 Leitlinie PKV 2.0.4. Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, ID: 254086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus UNZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Krankentagegeld</b>						
Ist das Tagelohn bei Arbeitnehmern auch über Vertragsjahr versicherbar?	<p>Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoeinkommens als Nettoeinkommen versicherbar.</p>	<p>Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendermonat umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das Nettoeinkommen bei Arbeitsunfähigkeit bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei dem Versicherter auch eine Krankheitskostenversicherung sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zu privaten Krankheitskostenversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung abziehbar.</p>	<p>Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoeinkommens als Nettoeinkommen versicherbar.</p>	<p>Tarif für Selbständige - Leistungsmerkmal nicht relevant.</p>	<p>Tarif für Selbständige - Leistungsmerkmal nicht relevant.</p>	<p>Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendermonat umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Vertragsbeginn bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.</p>
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartenzzeiten?	<p>Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Leistungsbehebungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagelohnsatzes) bedingungsähnliche Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.</p>	<p>Wird bei Wechsel in die Selbständigkeit nach Beendigung einer Tätigkeit als Arbeitnehmer eine Umstellung auf eine Tarifstufe mit kürzerer Karenzzeit erforderlich, kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Umstellung beantragen. Die Annahme erfolgt ohne Gesundheitsprüfung, wenn die Umstellung bis zur Höhe des versicherten Tagelohns innerhalb von zwei Monaten nach Wechsel in die Selbständigkeit beantragt wird und die Vertragsänderung zum ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.</p>	<p>Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Leistungsbehebungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagelohnsatzes) bedingungsähnliche Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.</p>	<p>Dieser Tarif gilt nur für Selbständige.</p>	<p>Dieser Tarif gilt nur für Selbständige.</p>	<p>Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Verkürzungen der Karenzzeit keine Wartezeiten einzuhalten (in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der HALLESCHE, Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich).</p>
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	<p>Wird ein Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, so erhält er bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit über die drei Monate des § 15 a) MB/KT 94 hinaus Krankentagegeld. Dies insgesamt bis zu 12 Monaten seit Beginn der Arbeitslosigkeit. Voraussetzung u.a.: abschließend gemeldet ist und keine Leistungen erhält.</p>	<p>Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen (wegen Arbeitslosigkeit zu haben, außer das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.</p> <p>Wird die versicherte Person arbeitslos und hat grundsätzlich Anspruch auf gesetzliche Leistungen, endet das Versicherungsverhältnis nicht, es erfolgt jedoch eine Erhöhung des Tagelohnsatzes (jedoch nicht über die Premiumtarifstufe hinaus) wenn festgestellt, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund obdieser Umstände festgestellt, dass die Arbeitsuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.</p>	<p>Wird ein Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, so erhält er bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit über die drei Monate des § 15 a) MB/KT 94 hinaus Krankentagegeld. Dies insgesamt bis zu 12 Monaten seit Beginn der Arbeitslosigkeit. Voraussetzung u.a.: abschließend gemeldet ist und keine Leistungen erhält.</p>	<p>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 Versicherungsjahr spätestens 9 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.</p>	<p>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 Versicherungsjahr spätestens 9 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.</p>	<p>Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, so erhält er bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit über die drei Monate des § 15 a) MB/KT 94 hinaus Krankentagegeld länger, so wird nach Ablauf der neun Monate bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber für drei weitere Monate, 50% des versicherten Tagelohns gezahlt, jedoch höchstens 25 € täglich. Spätestens mit Ablauf dieses Monats endet das Versicherungsverhältnis.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DD: 25-06-1332907 61248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+-PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U-KGH2-U-Prem Zahn-U-PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus UNZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Is das Tagessgeld bei Selbständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	<p>✓ Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommenssteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.</p>	<p>⚠ Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendermonat ungeschützte, aus der beruflichen Tätigkeit resultierende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragsstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvorbereitung, ist bei selbstständig Gewerbetreibender der Gewinn abzüglich Steuern abschreibbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebsmaßnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragsstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) abschreibbar.</p> <p>Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiserlöse nach der letzten zwölf Monate vor Antragsstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% abschreibbar.</p>	<p>✓ Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Einkommenssteuergehalts aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.</p>	<p>Nein, das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendermonat ungeschützte, aus der beruflichen Tätigkeit resultierende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragsstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.</p>	<p>Nein, das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendermonat ungeschützte, aus der beruflichen Tätigkeit resultierende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragsstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.</p>	<p>Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendermonat ungeschützte, aus der beruflichen Tätigkeit resultierende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragsstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.</p>
Können Exkuzergutrunder auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	<p>✓ Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirkksamwerden des ersten Einkommenssteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.</p>	<p>✓ Ja, laut Barmenia-Exkuzergutrunder-Zerifikat vom 26.06.2010 können Exkuzergutrunder bis zu 60 EUR pro Tag (Freiberufler mit eigener Kantelekturo und Handwerkermeister mit eigenem Betrieb bis zu 120 EUR pro Tag) abschicken, ohne dass im Leistungsfall Einkommens vorgenommen wird.</p>	<p>✓ Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirkksamwerden des ersten Einkommenssteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.</p>	<p>Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Exkuzergutrunder hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.</p>	<p>Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Exkuzergutrunder hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.</p>	<p>Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.</p>
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	<p>Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischen Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Bessert jedoch zu diesem Zeitpunkt ein erkrankter eingetragener Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens über drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>✓ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischen Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Bessert jedoch zu diesem Zeitpunkt ein erkrankter eingetragener Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens über drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischen Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Bessert jedoch zu diesem Zeitpunkt ein erkrankter eingetragener Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens über drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>✓ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischen Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Bessert jedoch zu diesem Zeitpunkt ein erkrankter eingetragener Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens über drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>✓ Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischen Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Bessert jedoch zu diesem Zeitpunkt ein erkrankter eingetragener Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens über drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.</p>	<p>✓ Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenanspruch gestellt und hat der Rentenantragsteller zugunsten dieser Über den Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist nicht mehr entschieden, so wird im Fall eines bereits eingetragenen Versicherungsfalls das Versicherungsverhältnis nicht beendet, nach Ablauf dieser Frist wird jedoch das erste der drei Monate Arbeitsunfähigkeit bis zum Ablauf des Monats gerechnet, in dem die versicherte Person den Rentenanspruch, o. den Bescheid über die Ablehnung des Rentenanspruchs erhält. Langstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.</p>
Endet der Kf-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch	✓ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	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 Kf-Zahlungs sofort (wenn Kf & BU beim gleichen VR abgeschlossen) (Leistender besteht)?	<p>✓ Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).</p>	<p>✓ Verdienstsicherungs-Programm (VersPro) bei gleichzeitigen Abschluss einer BU-Versicherung bei der Barmenia Lebensversicherung a.G. Die Barmenia leistet bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder bei dauerhafter Berufsunfähigkeit. Die Barmenia prüft die Ansprüche "aus einer Hand". Keine zeitliche Verzögerung beim Übergang des Krankentagegeldes auf die Berufsunfähigkeitsrente.</p>	<p>✓ Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).</p>	<p>✓ Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).</p>	<p>✓ Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).</p>	<p>Der nahtlose Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung ist nicht mehr vertraglich geregelt (Stand 03.2012).</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Lizenzierte PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133230761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+- PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U-Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus UNZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Kurhefta; Leistungs auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzlicher Träger?</b>	<p>✓ Ist im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung und einer mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit ein Sanatoriumsurlaub, eine stationäre Kurbehandlung, eine stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, eine stationäre Rehabilitation oder eine stationäre Rehabilitation im Ausland, die auf eine Rehabilitation im Inland folgt, ist ein Krankentagegeld nicht zu zahlen. Ein Krankentagegeld zahlt, wenn und soweit der Versicherte aufgrund eines arbeitsfähig begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat.</p> <p>Der Anspruch besteht für längstens 28 Tage je Versicherungsfall.</p>	<p>✓ Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitation im Inland oder einer Rehabilitation im Ausland, die auf eine Rehabilitation im Inland folgt, ist ein Krankentagegeld nicht zu zahlen. Ein Krankentagegeld zahlt, wenn und soweit der Versicherte aufgrund eines arbeitsfähig begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat.</p> <p>Der Anspruch besteht für längstens 28 Tage je Versicherungsfall.</p>	<p>✓ Ist im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung und einer mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit ein Sanatoriumsurlaub, eine stationäre Kurbehandlung, eine stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, eine stationäre Rehabilitation oder eine stationäre Rehabilitation im Ausland, die auf eine Rehabilitation im Inland folgt, ist ein Krankentagegeld nicht zu zahlen. Ein Krankentagegeld zahlt, wenn und soweit der Versicherte aufgrund eines arbeitsfähig begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat.</p> <p>Der Anspruch besteht für längstens 28 Tage je Versicherungsfall.</p>	<p>✓ Der Versicherte leistet, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen während einer Arbeitsunfähigkeit, die mindestens ununterbrochene 14 Tage dauert, eine Rehabilitation im Inland oder eine stationäre Kurbehandlung, eine stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, eine stationäre Rehabilitation oder eine stationäre Rehabilitation im Ausland, die auf eine Rehabilitation im Inland folgt, ist ein Krankentagegeld nicht zu zahlen. Ein Krankentagegeld zahlt, wenn und soweit der Versicherte aufgrund eines arbeitsfähig begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat.</p>	<p>✓ Der Versicherte leistet, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen während einer Arbeitsunfähigkeit, die mindestens ununterbrochene 14 Tage dauert, eine Rehabilitation im Inland oder eine stationäre Kurbehandlung, eine stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, eine stationäre Rehabilitation oder eine stationäre Rehabilitation im Ausland, die auf eine Rehabilitation im Inland folgt, ist ein Krankentagegeld nicht zu zahlen. Ein Krankentagegeld zahlt, wenn und soweit der Versicherte aufgrund eines arbeitsfähig begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat.</p>	<p>✓ Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Bedarf eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsurlaub eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit voraussetzt. Voraussetzung ist, dass es sich bei der Rehabilitation um eine stationäre Rehabilitation im Inland handelt.</p>
<b>Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuß verzichtet?</b>	<p>✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfällen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfällen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfällen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfällen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfällen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>	<p>✓ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfällen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.</p>
<b>Sind Erziehungsmassnahmen miwerkichert?</b>	<p>✓ Leistungen für Erziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.</p>	<p>✓ Leistungen werden bei den ersten drei Erziehungsmassnahmen erbracht.</p>	<p>✓ Leistungen für Erziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.</p>	<p>✓ Leistungen für Erziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.</p>	<p>✓ Leistungen für Erziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.</p>	<p>✓ Leistungen für Erziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.</p>
<b>Gemeichte Ansatzen - schriftl. Zusage nicht generell notwendig</b>	<p>✓ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonalesenzen aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung schriftlich zugespäht hat. Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung"</p>	<p>✓ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonalesenzen aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung schriftlich zugespäht hat. Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung"</p>	<p>✓ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonalesenzen aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung schriftlich zugespäht hat. Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung"</p>	<p>✓ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonalesenzen aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung schriftlich zugespäht hat. Zusage ist nicht erforderlich bei: - Akute Behandlung während Aufenthalts - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz - Arbeitsunfähigkeit besteht vor und nach Krankenhausaufenthalt</p>	<p>✓ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonalesenzen aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung schriftlich zugespäht hat. Zusage ist nicht erforderlich bei: - Akute Behandlung während Aufenthalts - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz - Arbeitsunfähigkeit besteht vor und nach Krankenhausaufenthalt</p>	<p>✓ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonalesenzen aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung schriftlich zugespäht hat. Zusage ist nicht erforderlich bei: - Akute Behandlung während Aufenthalts - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz - Zusage der AHB"</p>
<b>Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit vgl. Schwangerschaft gesteuert</b>	<p>✓ Leistungspflicht besteht außerhalb der gesetzlichen Arbeitsunfähigkeit wegen vollstänrige Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.</p>	<p>✓ Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschlißlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.</p>	<p>✓ Leistungspflicht besteht außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfrist, wenn vollstänrige Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.</p>	<p>✓ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit ausschlißlich wegen Schwangerschaft, Feher Geburt und bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt.</p>	<p>✓ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit ausschlißlich wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt.</p>	<p>✓ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit ausschlißlich wegen Schwangerschaft, Feher Geburt und bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Diese Leistungen während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.</p>
<b>Erfolg bei Erkennung eines Kindes eine Leistung?</b>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>
<b>Wird eine Einbindungsausschle gezahlt?</b>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>	<p>Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkennung eines eigenen Kindes.</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, ID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	AXA - DBV VA6-U-Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A++ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenvünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Gelten Bedingungen/versicherungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?</b>	<p>✓ (1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. 6 MBKT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die europäische Union (EU) bzw. den europäischen Wirtschaftsraum (EWV) ausgedehnt.</p> <p>(2) Für Selbständige wird der in § 1 Abs. 6 MBKT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die EU bzw. den EWV ausgedehnt. Schläge nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnort in Deutschland nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, folienstets jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.</p>	<p>✓ Bei einem Aufenthalt im Ausland wird für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankenstagegeld höchstens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bei einer versicherten Tarifstufe mit halber Karenzzeit entsprochen. Bei Herberaufenthalt im Ausland ist die Versicherungspflicht erfüllt, wenn die versicherte Person besteht bei der Bornemis Krankenversicherung, a. G. bei ständiger Heilbehandlung im Rahmen einer Krankenschutz-Vollversicherung, sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankheitsstörungen als auch für die Unterbringung im Einzelzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen.</p> <p>b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Amwerchschaftsversicherung fortgesetzt wird.</p>	<p>✓ (1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. 6 MBKT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die europäische Union (EU) bzw. den europäischen Wirtschaftsraum (EWV) ausgedehnt.</p> <p>(2) Für Selbständige wird der in § 1 Abs. 6 MBKT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die EU bzw. den EWV ausgedehnt. Schläge nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnort in Deutschland nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, folienstets jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird gesteuert, wenn - der versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet</p>	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird gesteuert, wenn - die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet</p>	<p>⚠ 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, Krankenhausbehandlung und vorherige schriftl. Zusage.</p>
<b>Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufnahmeförderkreuz mg.)</b>	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.	✓ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird gesteuert, wenn - der versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat, - der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und - dem Versicherer die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist. b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet	⚠ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Ausnahme: vorherige Schriftl. Zusage oder vorherige Mitteilung an Versicherer. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, Krankenhausbehandlung und vorherige schriftl. Zusage.	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.
<b>Werdan Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet?</b>	✓ Bei selbständigen Ärzten und Zahnärzten werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengezeichnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Tagen Karenzzeit.	✓ 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.	✓ Bei selbständigen Ärzten und Zahnärzten werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengezeichnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Tagen Karenzzeit.	✓ Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Aufschiebzeit (Karenzzeit) angerechnet.	✓ Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Aufschiebzeit (Karenzzeit) angerechnet.	✓ Wenn die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit erlitt, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten auf die Karenzzeit an-

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.   
 Leihlinie PKV 2.0.4 lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25-4086133290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16



# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS Bonus UNZ PVN MKT 43
<b>Monatsbeitrag:</b>	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
<b>Erfüllungsgrad Kundenwünsche:</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Absetzurlaub/Wiedererholungsurlaub?	<p>Der Versicherer leistet bei selbstständigen Ärzten und Zahnärzten über Nr. 2 bis 2012 hinaus auch bei Teil-Absetzurlaubzeit.</p> <p>Teil-Absetzurlaubzeit liegt vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 MVB/KTGA die berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben werden kann und solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt.</p> <p>Bei einer Teil-Absetzurlaubzeit wird höchstens für 6 Wochen je Versicherungsfall geleistet.</p> <p>Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.</p>	<p>Bei teil-Absetzurlaubzeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.</p>	<p>Der Versicherer leistet bei selbstständigen Ärzten und Zahnärzten über Nr. 2 bis 2012 hinaus auch bei Teil-Absetzurlaubzeit.</p> <p>Teil-Absetzurlaubzeit liegt vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 MVB/KTGA die berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben werden kann und solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt.</p> <p>Bei einer Teil-Absetzurlaubzeit wird höchstens für 6 Wochen je Versicherungsfall geleistet.</p> <p>Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.</p>	<p>Der Tarif festsetzt das versicherte Krankentagegeld (höchstens 3 Monate) im vertraglichen Umfang entsprechend dem Anteil der verbleibenden Arbeitsunfähigkeit, wenn für die versicherte Person im unmittelbaren Anschluss an eine Arbeitsunfähigkeit, die länger als drei Wochen andauert, die berufliche Tätigkeit erlischt und sie damit teilweise ihre berufliche Tätigkeit ausübt (teilweise Arbeitsunfähigkeit).</p> <p>Weitere Voraussetzung ist, dass die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50 Prozent beträgt.</p>	<p>Der Tarif festsetzt das versicherte Krankentagegeld (höchstens 3 Monate) im vertraglichen Umfang entsprechend dem Anteil der verbleibenden Arbeitsunfähigkeit, wenn für die versicherte Person im unmittelbaren Anschluss an eine Arbeitsunfähigkeit, die länger als drei Wochen andauert, die berufliche Tätigkeit erlischt und sie damit teilweise ihre berufliche Tätigkeit ausübt (teilweise Arbeitsunfähigkeit).</p> <p>Weitere Voraussetzung ist, dass die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50 Prozent beträgt.</p>	<p>Bei teil-Absetzurlaubzeit besteht keine generelle Leistungspflicht aus diesem Tarif.</p> <p>Der Versicherer leistet auch bei Teilabsetzurlaubzeit im Rahmen einer Wiedererholungsurlaubzeit in das Dreizehnteljahr für bis zu drei Wochen.</p> <p>Diese Leistung wird nur im Absetzurlaub, für die beim Versicherer eingetragene Krankenkassenversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.</p>
Ist eine Erhöhung d. Tagelsgeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	<p>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).</p> <p>Ausnahme: die jeweilige versicherte Person hat in den vergangenen drei oder im laufenden Kalenderjahr Krankentagegeld bezogen.</p> <p>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.</p>	<p>Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangen zwei Jahre ausgleichend werden.</p> <p>Der Versicherte wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.</p>	<p>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).</p> <p>Ausnahme: die jeweilige versicherte Person hat in den vergangenen drei oder im laufenden Kalenderjahr Krankentagegeld bezogen.</p> <p>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.</p>	<p>Eine dynamische Erhöhung des versicherten Tagelsgeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Erhöhung des Nettoeinkommens ist innerhalb von 2 Monaten möglich.</p>	<p>Eine dynamische Erhöhung des versicherten Tagelsgeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Erhöhung des Nettoeinkommens ist innerhalb von 2 Monaten möglich.</p>	<p>Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Vorkurz sich bei Absetzurlaub die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifrate mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden.</p>
Wird bei einem stationärem Krankenhausaufenthalt höher geleistet?	Bei einem stationärem Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationärem Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationärem Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationärem Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationärem Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationärem Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.
Verzichtet der Versicherte auf sein ordentliches Kündigungsgrecht, wenn keine Krankentagegeldversicherung bei ihm besteht?	Der Versicherte verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsgrecht nach § 14 Abs. 1 MVB/KT, solange für die versicherte Person Krankheitskostenvollversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.	Ja, der Versicherte verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsgrecht.	Der Versicherte verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsgrecht nach § 14 Abs. 1 MVB/KT, solange für die versicherte Person Krankheitskostenvollversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.	Der Versicherte verzichtet auf das ordentliche Kündigungsgrecht bei Eintritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	Der Versicherte verzichtet auf das ordentliche Kündigungsgrecht bei Eintritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	Ja, der Versicherte verzichtet auf das ordentliche Kündigungsgrecht.
Verzichtet der Versicherte auf sein ordentliches Kündigungsgrecht, wenn die Krankentagegeldversicherung bei ihm besteht?	Der Versicherte verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsgrecht nach § 14 Abs. 1 MVB/KT 94, solange für die versicherte Person Krankheitskostenvollversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.	Ja, der Versicherte verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsgrecht.	Der Versicherte verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsgrecht nach § 14 Abs. 1 MVB/KT 94, solange für die versicherte Person Krankheitskostenvollversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.	Der Versicherte verzichtet auf das ordentliche Kündigungsgrecht bei Eintritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	Der Versicherte verzichtet auf das ordentliche Kündigungsgrecht bei Eintritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	Ja, der Versicherte verzichtet auf das ordentliche Kündigungsgrecht.
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.	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.	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.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen werden.

# Analyse Krankenversicherung

## Leistungsvergleich Krankentagegeld

	AXA - DBV VA6-U-Präm Zahn-U PVN KTGA 42-U	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AXA - DBV VA2-U KGH2-U Präm Zahn-U PVN KTGA 42-U	Allianz Ärzte Plus 100 PVN KTM07W	Allianz Ärzte Best 100 PVN KTM07W	HALLESCHE MAS-Bonus URZ PVN MKT.43
Monatsbeitrag:	521,71 €	593,71 €	499,49 €	476,16 €	604,96 €	656,71 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sonstiges?		<p>✓ 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 (in jedem Tag einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit) fortgesetzt. Stimm Ablauf der ersten Woche des Arbeitsverhältnisses geprüft.</p>				<p>⚠ Bei Arbeitnehmern wird im Falle einer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführten Kurzarbeit das Krankentagegeld bei Karenzurlauben auch während der im Tarif vereinbarten Karenzzeit gezahlt, jedoch begrenzt auf den Betrag des bei Arbeitsunfähigkeit vertraglich vereinbarten Krankentagegeldes. Eine Begrenzung über den von gesetzlicher Krankentagegeldzahlung nachzuweisen ist. Nach Ablauf der Karenzzeit erfolgt die Zahlung des Krankentagegeldes in der vereinbarten Höhe. Hinweis: Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherten verbindlich. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden!</p>

Vorschlag für Peter Dr. Muster Erstellt durch WIFO GmbH

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelte. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.  
 LeveLine PKV 2.0.4 Lizenziert für WIFO GmbH, Datenbankversion: 2.0.78, DID: 25408613290761248, Erstellt: 22.09.2015 18:13:16