

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

PKVschlauer Medizinstudent

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

Michael Schreiber , Michael Schreiber
Basler Str. 115 , 79115 Freiburg
Telefon: +4976188794578 , Telefax: 0761 - 888 512 86

LevelNine

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: PKVschlauer
Nachname: Medizinstudent
Geburtsdatum: 12.02.2007
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Mediziner/in in Ausbildung
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.10.2025
Tarifarten: Krankenvollversicherung

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
Allianz	GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	277,45 €

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.



GSB100 A

191,48 €

Kompakttarif für ambulante und stationäre Leistungen

MeinGesundheitsschutz Best 70

plus Zusatzabsicherung nach den Tarifen Upgrade auf Best 90 und Upgrade auf Best 100

- ärztliche Leistungen, Psychotherapie: 100%
- Heilpraktiker: 100%, max. 2.000 EUR p. a.
- nicht verordnete Arzneimittel: 100 EUR p. a.
- Regel- und Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt/Belegarzt): 100%

durch die Zusatzabsicherungen entfällt die Selbstbeteiligung von 30%, max. 1.500 EUR p. a. komplett

Ausbildungstarif

Beitragssprung jeweils zum 01. des Monats, der auf den 21., 25., 30., 34. Geburtstag folgt

Versicherungsbedingungen_B5U210000 (01) 05.24

Sonderbedingungen "Upgrade auf" B5U252000 (01) 05.24

Sonderbedingungen Tarifergänzung A zu Ausbildungstarifen_B5U250000 (01) 05.24

Beitragsstand: 01.05.2024

GSZ90 A

60,00 €

Tarif für zahnärztliche Leistungen

MeinGesundheitsschutz Zahn 90

- Zahnbehandlung (inkl. Prophylaxe/PZR): 100%
- Bleaching: 100%, bis 150 EUR alle 2 Jahre
- Zahnersatz, Inlays, Implantate, Gnathologie (einschl. Aufbissbehelfe/Schienen): 90%
- schmerzlindernde Maßnahmen: zum selben %-Satz wie die dazugehörige zahnmedizinische Leistung
- KFO, bis Alter 20: 90% (altersunabhängig bei Unfall / schwerer Erkrankung)

Ausbildungstarif

Beitragssprung jeweils zum 01. des Monats, der auf den 21., 25., 30., 34. Geburtstag folgt

Versicherungsbedingungen_B5U231000 (01) 05.24

Sonderbedingungen Tarifergänzung A zu Ausbildungstarifen_B5U250000 (01) 05.24

Beitragsstand: 01.05.2024

PVN(A)

25,97 €

Pflegepflichtversicherung für Personen in Ausbildung

Beitragsstand: 01.01.2023

Gesamtbeitrag mtl.:

277,45 €

Arbeitnehmeranteil mtl.:

0,00 €

Effektivbeitrag inkl. SB mtl.:

277,45 €

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

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.

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag: Selbstbehalt p.a.: SB Art *: Arbeitnehmeranteil: Effektivbeitrag **:	277,45 € 277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	1 von 1
GOÄ/GOZ	
Ambulant	
Vorsorge	
Heilpraktiker	
Psychotherapie	
Heil- und Hilfsmittel	
Stationär	
	1-Bettzimmer Wählarzt
Zahn	
Zahnbehandlung	100 %
Zahnersatz	90 %
Kieferorthopädie	90 %

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

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

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

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.

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)		
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	
277,45 €		
100 %		
Selbstbeteiligung (SB)		
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	✓ ✗	0,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		0,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)		✓
- SB prozentual (bzw. keine SB)		✓
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)		
- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf SB angerechnet		✓
- Schutzimpfungen werden nicht auf SB angerechnet		✓
Haus-/Primärarztprinzip		
Verzicht auf Haus-/ Primärarztprinzip		✓
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?		✓
- keine zeitliche Befristung der Haus-/ Primärarztüberweisung		✓
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		✓
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsarzte		✓
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		✓
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%		100,00 %
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)		
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	277,45 €
Erfüllungsgrad		100 %
Kundenwünsche:		
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓
Heilpraktiker		
Heilpraktiker		✓
- xx % Erstattung		100,00 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		2.000,00 €
- mind. bis Höchstsatz Gebüh		✓
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über Gebüh hinaus)		⚠
Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im Gebüh aufgeführt sein.		
- alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte		✓
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme		✓
- Schutzimpfungen		✓
Heilmittel		
Definition Heilmittelkatalog		✓
- Erstattung in %		100,00 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €
- keine pauschalen Beschränkungen		✓
- Kein tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis/ keine Anlehnung an Beihilfe		
- Auch keine sonstige Begrenzung (z. B. auf (orts-)übliche/ angemessene Preise o. GOÄ)		
- Logopädie durch Logopäden		✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓
Hilfsmittel		
Definition Hilfsmittelkatalog		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)		
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	277,45 €
Erfüllungsgrad		100 %
Kundenwünsche:		
- Erstattung in %		100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €
- offener Hilfsmittelkatalog		✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓
- mindestens funktionale Standardausführung		✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis		✓
- Atemmonitor (Heimgerät)		✓
- Herzmonitor (Heimgerät)		✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)		✓
- Heimdialysegerät		✓
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung		✓
- Hör-/Sprechgeräte		✓ 
<p>Hinweis: Hörhilfen werden zu 100% erstattet, bis max.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.000 EUR für eine teilweise im Körper eingesetzte Hörhilfe (sogenannte „BAHA-Geräte“) - 3.000 EUR für jede andere Hörhilfe. <p>Sprechgeräte werden ohne betragliche Begrenzung vergütet.</p>		
- Orthopädische Schuhe		✓
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓
- Blindenlese-/ Vorlesegerät		✓
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung		✓ 
<p>Hinweis: Perücken bei krankhaftem Haarausfall werden zu 100% bis max. 1.000 EUR je Perücke erstattet.</p>		
- Prothesen		✓
- Kunstaugen		✓
- Orthesen		✓
Sehhilfen		
- Erstattung xx €		1.000,00 €
- Anspruch mind. alle ... Monate		36

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)		
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	277,45 €
Erfüllungsgrad		
Kundenwünsche:		100 %
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		unbegrenzt
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt
- ohne besondere Einschränkungen/ Selbstbehalt		✓
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage		✓
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓
- bei Gehunfähigkeit		✓ ⚠
<p>Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten/Transporte bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulanten Operationen oder nachoperativer Behandlung - Apherese - Sehunfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung - medizinischer Reha (auch ambulanter Anschlussheilbehandlung). 		
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)		
- ambulante Notfalltransporte		✓
Arznei-/Verbandmittel		
- ohne zusätzliche SB		✓ ⚠
<p>Hinweis: Erstattet werden auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht verordnete Arzneimittel, bis 100 EUR p. a. - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung, bis zum 22. Geburtstag - Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“), bis 22. Geburtstag. <p>Die Mittel müssen in der Apotheke gekauft werden.</p>		
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)		✓
sonstiges		
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓
- Behandlung in Krankenhausambulanzen		✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Allianz		
GSB100 A GSZ90 A PVN(A)		
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	277,45 €
Erfüllungsgrad		
Kundenwünsche:		100 %
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✓
Kurleistung ambulant		
Kurleistung ambulant		✓
- Verzicht auf Kurortklausel		✓
Ambulant		
sonstiges		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Allianz	
		GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Kundenwunsch		277,45 €	
		100 %	
Stationär			
1-Bettzimmer		✓	
2-Bettzimmer		✓	
Mehrbettzimmer		✓	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		✓	
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten		✓	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓	
Privatkliniken			
Privatkliniken		✓	
- allg. Krankenhausleistungen mind. 200% KHEntgG/ BPfIV		✓	⚠
		Hinweis: 150% über KHEntgG/BPfIV einschl. 1-/2-Bettzimmer	
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		⚠	
		Hinweis: Gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet.	
Stationär			
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓	
Ersatzkrankenhaustagegeld		✓	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓	
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	
Hospizkosten		✓	
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		⚠	
		Hinweis: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch Kosten für eine aus medizinischen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson.	
Kurleistung stationär		✓	
sonstiges		✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)		
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	277,45 €
Erfüllungsgrad		
Kundenwünsche:		100 %
Zahn		
Zahnbehandlung %		100,00 %
Zahnersatz %		90,00 %
Kieferorthopädie %		90,00 %
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		20 
		Hinweis: Kieferorthopädie wird bis zum 21. Geburtstag erstattet.
		keine Altersgrenze bei
		- Unfall (als Unfall gilt nicht, wenn ein Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern))
		- schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Fehlstellung) im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung
Gebührenordnung Zahn		
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)		✓
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓
Zahn		
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/ angemessene Erstattung		
Summenbegrenzung max. ... Jahre		3
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

		 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	277,45 €
Erfüllungsgrad		
Kundenwünsche:		100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2024
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):		
Antragsfragen/Annahmerichtlinien		
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre		
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre		✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/ Krankheiten"		
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		32
Kinder alleine versicherbar ab Alter		
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr		1,20
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER		
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr		
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER		
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr		1,20
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER		
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr		
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Allianz
		GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Monatsbeitrag:		277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich	Kundenwunsch	✓ 
		Hinweis: GSB100A: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“
- Schutzimpfungen BRE-unschädlich		✓ 
		Hinweis: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“
- weitere / andere Leistungen BRE-unschädlich		✓
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpfjahr)		✓
- Anrechnung Vorversicherung (VV) auf BRE-Staffel		✓
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		12 
		Hinweis: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.
- Rücktransport aus dem Ausland		✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland		✓
Optionsrecht auf Höherversicherung		
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		
- anlassbezogenes Optionsrecht		
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen		
- keine Beschränkung der Zieltarife		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Allianz
		GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Kundenwunsch	Monatsbeitrag:	277,45 €
	Erfüllungsgrad	100 %
	Kundenwünsche:	
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen		
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung		
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))		
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)		✓
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?		✓
- ambulante Anschlussreha		✓
- stationäre Anschlussreha		✓
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen		✓
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen		✓
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen		✓
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen		✓
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓ 
	Hinweis: stationär: bis zu dem Tagessatz nach § 111 SGB V	
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓ 
	Hinweis: auch mitversichert: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörige ärztliche Leistungen, sofern die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Kinderwunschbehandlung durchzuführen; die zu behandelnde Person muss die Person sein, deren Zellen oder Gewebe aufbewahrt werden soll	
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓ 
	Hinweis: GSB100A, GSZ90A: Beitragsbefreiung bei - Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) - Versicherung von Kindern	
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Allianz 
		GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	277,45 €
Erfüllungsgrad		100 %
Kundenwünsche:		
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/ Anomalien		✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓
- Verbesserte Kriegsklausel		✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2 
Hinweis: Die Kündigung der Zusatzabsicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich.		
sonstiges		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant



GSB100 A GSZ90 A PVN(A)

Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
Selbstbeteiligung (SB)	
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✓ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✓ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).
- Selbstbehalt nur ambulant?	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✓ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✓ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Haus-/Primärarztprinzip	
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✓ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsarzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant



GSB100 A GSZ90 A PVN(A)

Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
Gebührenordnung ambulant	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	<p>✓ Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Es gelten keine deutschen Gebührensätze oder Begrenzungen auf die Höhe der Leistungen anderer Leistungsträger.</p> <p>Kann die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden, erstattet der Versicherer auch die Kosten für die direkte Reise vom deutschen Wohnsitz der versicherten Person zum Behandlungsort und zurück - auch für eine Begleitperson (aber keine Unterbringungskosten). Soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Verkehrsmittel zu nehmen.</p>
Heilpraktiker	
- Heilpraktiker	✓ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✓ Heilpraktikerleistungen einschl. verordneter Arzneimittel werden bis 2.000 EUR p. a. erstattet.
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh erstattungsfähig?	✓ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Gebüh) erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über Gebüh hinaus) erstattungsfähig?	<p>Keine Leistung vorhanden.</p> <p>Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im Gebüh aufgeführt sein.</p>
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	✓ Der Versicherer erstattet auch Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis. Die Einschränkung der versicherten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Ziffer 2.15 AVB gilt insoweit nicht.
Vorsorge	
- über gesetzl. Programme hinaus?	<p>✓ Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig, auch über die gesetzlichen Programme hinaus.</p> <p>Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ werden die in den Bedingungen angehangenen Verzeichnis zu Vorsorgeuntersuchungen aufgeführten Leistungen* bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattet. Weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p> <p>* Screening auf Chlamydien ab Alter 16, alle anderen Gesundheits-Check-ups ab Alter 21</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant



GSB100 A GSZ90 A PVN(A)

Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad	100 %
Kundenwünsche:	
<p>- Schutzimpfungen?</p> <p>✓ Erstattet werden Kosten für Malaria-Prophylaxe sowie folgende Impfungen (einschl. des Impfstoffs): - bei einer zugelassenen Impfstelle durchgeführte Schutzimpfungen nach Empfehlungsliste der STIKO am Robert-Koch-Institut*; bei den dort genannten Indikationsimpfungen wird auch geleistet, wenn die Indikationen nicht vorliegen - Reiseimpfungen.</p> <p>Ausgenommen sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, für die der Arbeitgeber oder ein anderer Kostenträger leisten muss.</p> <p>* Kosten können über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht werden</p>	
Heilmittel	
- Heilmittel-Definition	<p>✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none">- Physiotherapie- Logopädie- Ergotherapie- Podologie- Ernährungstherapie(- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung))(- Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für) Rehabilitationssport und Funktionstraining) <p>einschl. Hausbesuche</p>
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	Nein. Erstattet werden die in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Heilmittel, bis zu 130% der dort aufgeführten Höchstbeträge.
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	
- Logopädie	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Allianz
		GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Monatsbeitrag:		277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Hilfsmittel		
Hilfsmittel		<p>✓ Hilfsmittel sind Gegenstände, die eine Krankheits-, Unfallfolge oder eine Behinderung unmittelbar mildern oder ausgleichen, den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. Hierzu zählen etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medizinisch-technische Mittel - Körperersatzstücke - Geräte, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln <p>Erstattet werden auch die Kosten für einen Blindenführhund.</p> <p>versichert: Kauf oder Miete des Hilfsmittels, Anpassung, Reparatur und Wartung, Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>nicht erstattungsfähig: Produkte aus dem Wellness- und Fitnessbereich und allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, Pflege-, Reinigungs-, Unterhalts- und Betriebskosten (insbesondere Batterien; Spezialbatterien für Hilfsmittel, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können, sind hingegen erstattungsfähig).</p>
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?		✓ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet (Erstattungshöchstbeträge für Hörhilfen und Perücken beachten).
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?		✓ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- offener Hilfsmittelkatalog?		✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?		✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?		✓ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leih, wer liefert)?		✓ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.
- Atemmonitore (Heimgerät)?		✓ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?		✓ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?		✓ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?		✓ Erstattet wird die Pauschale zur Abgeltung der Sach- und nichtärztlichen Dienstleistungen sowie die Kosten des Heimdialysegerätes.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?		✓ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?		<p>✓ Die Leistung ist vorhanden.</p> <p>⚠ Hinweis: Hörhilfen werden zu 100% erstattet, bis max.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.000 EUR für eine teilweise im Körper eingesetzte Hörhilfe (sogenannte „BAHA-Geräte“) - 3.000 EUR für jede andere Hörhilfe. <p>Sprechgeräte werden ohne beträchtliche Begrenzung vergütet.</p>
- Orthopädische Schuhe?		✓ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant



GSB100 A GSZ90 A PVN(A)

Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
- Blindenhund/Blindenleitgerä? ✓	Die Kosten für einen Blindenführhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerä? ✓	Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körpersatzstücke? ✓	Ja, die Kosten für Körpersatzstücke (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Kunstaugen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Perücken bei krankhaftem Haarausfall werden zu 100% bis max. 1.000 EUR je Perücke erstattet.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)? ✓	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen? ✓	Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)? ✓	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen	
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €? ✓	Erstattet werden bis insgesamt 1.000 EUR (einschl. Reparaturen) - Brillengestelle und -gläser (auch Sonnenbrillen und Bildschirm-Arbeitsplatzbrillen) - Kontaktlinsen - Pflegemittel für Kontaktlinsen. Es ist eine augenärztliche Verordnung oder die Sehschärfenbestimmung des Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrienwertes, einzureichen.
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate? ✓	Sehhilfen sind innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung	
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)? ✓	Operationen zur Sehschärfenkorrektur (etwa LASIK) werden zu 100% erstattet.
Psychotherapie	
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr? ✓	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen? ✓	Keine unüblichen Einschränkungen.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert? ✓	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulante Transporte	
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit? ✓	Übernommen werden bei Strahlentherapie wg. Krebs, Chemotherapie oder Dialyse medizinisch notwendige - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Arzt, Heilmittelerbringer oder Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn der nächste geeignete Leistungserbringer weiter weg ist, auch die Kosten dorthin.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✓ Übernommen werden bei Gehunfähigkeit medizinisch notwendige ⚠ - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Arzt, Heilmittelerbringer oder Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn der nächste geeignete Leistungserbringer weiter weg ist, auch die Kosten dorthin. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten/Transporte bei - ambulanten Operationen oder nachoperativer Behandlung - Apherese - Sehunfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung - medizinischer Reha (auch ambulanter Anschlussheilbehandlung).
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignete Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	s. vorherigen Leistungspunkt
- Ambulante Notfalltransporte?	✓ Übernommen werden bei Unfall oder Notfall medizinisch notwendige - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn das nächste geeignete Krankenhaus weiter weg ist, auch die Kosten dorthin. Erstattet werden auch die Kosten für Notarztfahrten, nicht jedoch für die Suche, Bergung oder Rettung nach einem Unfall.
Arznei-/Verbandmittel	
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✓ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. ⚠ Erstattet werden auch Harntest- und Blutteststreifen (keine Schwangerschaftstests) und Verbandmittel. Hinweis: Erstattet werden auch: - nicht verordnete Arzneimittel, bis 100 EUR p. a. - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung, bis zum 22. Geburtstag - Hormontabletten zur Notfall-Verhütung („Pille danach“), bis 22. Geburtstag. Die Mittel müssen in der Apotheke gekauft werden.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✓ Erstattet werden - diätetische Nährstoffe, wenn sie aus medizinischen Gründen benötigt werden, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden. - Nährmittel, wenn sie aus medizinischen Gründen zur künstlichen Ernährung mittels Trink- oder Sondennahrung (enterale Ernährung) oder über einen Venenzugang (parenterale Ernährung) benötigt werden.
sonstiges	
- medizinische Versorgungszentren?	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	✓ Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Allianz
		GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Monatsbeitrag:	277,45 €	
Erfüllungsgrad	100 %	
Kundenwünsche:		
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja. Verordnete Krankenpflege ist mitversichert; sie umfasst</p> <ul style="list-style-type: none"> a) außerärztliche Intensivpflege durch geeignete Pflegekräfte b) häusliche Krankenpflege, wenn die versicherte Person nicht durch einen Mitbewohner oder ihre Familie gepflegt und versorgt werden kann und der Pflegedienst einen Vertrag nach § 132 a SGB V hat. <p>Erstattet werden die Kosten bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach der entsprechenden Vergütungsvereinbarung verlangen kann.</p> <p>zu a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - richtet sich an Schwerstkranken, bei denen es jederzeit zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann und deswegen die ständige Anwesenheit der Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist (etwa bei künstlicher Beatmung) - für pflegerische Maßnahmen, für die die private Pflegepflichtversicherung zuständig ist, wird nicht geleistet <p>zu b)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, die einen Krankenhausaufenthalt vermeidet oder abkürzt - medizinische Leistungen, die die ärztliche Behandlung ermöglichen und sichern (etwa Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel) - Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn kurzfristig keine Selbstversorgung möglich ist (etwa nach OP oder Behandlung im Krankenhaus) 	
- Palliativversorgung?	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ärztlich verordnete SAPV wird erstattet, wenn der Leistungserbringer einen Vertrag nach § 132 d SGB V hat - bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach dieser Vergütungsvereinbarung verlangen kann.</p> <p>Die versicherte Person muss an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die ihre Lebenserwartung begrenzt und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.</p>	
Kurleistung ambulant		
- Kuren ambulant?	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 3.000 EUR erstattet.</p> <p>* ärztliche Leistungen, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe</p>	
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p><input checked="" type="checkbox"/> Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Monatsbeitrag:		277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Ambulant		
Sonstiges	<p>✓ Innovationsgarantie: Versicherungsschutz passt sich automatisch an Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden, an.</p> <p>zusätzliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none">- zertifizierte Gesundheitskurse (z. B. zur Suchtprävention, Stressbewältigung und Bewegungsprogramme) bis 400 EUR p. a.; Kosten können über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht werden- sozialpädiatrische Behandlung (bis zum 18. Geburtstag)- ärztlich verordnete Soziotherapie (120 Stunden je laufende Behandlung)- Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprach- und Schriftdolmetscher)- Betreuungspauschale für erkranktes, höchstens 11 Jahre altes oder behindertes Kind (100 EUR tgl., max. 15 Tage p. a.); Kind und betreuender Elternteil müssen in einem der MeinGesundheitsschutz-Tarife versichert sein- Geburtsvorbereitung (auch Schwangerschaftsgymnastik) und Rückbildungsgymnastik- Behandlung und Unterkunft im Geburtshaus- Haushaltshilfen (bis 100 EUR tgl., max. 30 Tage p. a.)- ärztlich verordnete Alternativmedizin durch Hebammen, Entbindungsberufe, Angehörige staatlich anerkannter Assistenz-Berufe <p>Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Stationär	
- 1-Bettzimmer?	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer (oder auch Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer (oder auch Familienzimmer bei Entbindung) sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓ Ja. Privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?	
Gebührenordnung Stationär	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	<p>✓ Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Es gelten keine deutschen Gebührensätze oder Begrenzungen auf die Höhe der Leistungen anderer Leistungsträger; der Höchstbetrag für Krankenhausleistungen in Privatkliniken entfällt.</p> <p>Kann die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden, erstattet der Versicherer auch die Kosten für die direkte Reise vom deutschen Wohnsitz der versicherten Person zum Behandlungsort und zurück - auch für eine Begleitperson (aber keine Unterbringungskosten). Soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Verkehrsmittel zu nehmen.</p> <p>Der Versicherer ist schnellstmöglich über den Krankenhausaufenthalt zu informieren.</p>
Privatkliniken	
Privatkliniken	✓ Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	<p>✓ Erstattet werden</p> <p>⚠ - 1-/2-Bettzimmer, Mehrbettzimmer, - Verpflegung und Krankenhauspflege, - Arznei- und Heilmittel, - medizinisch begründete Nebenkosten, - Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, - als Krankenhausleistungen berechnete Arztkosten, bis zu 250% der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung (etwa Uniklinik) verlangt hätte. Hierfür kommt es auf das Krankenhaus der Maximalversorgung an, das am nächsten zu dem Wohnsitz der versicherten Person liegt.</p> <p>Der Höchstbetrag gilt nicht bei Notfallbehandlung. Hinweis: 150% über KHEntgG/BPflV einschl. 1-/2-Bettzimmer</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	<p>Die Kosten für die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer werden insgesamt (einschl. aller anderen Kosten, s. vorherigen Leistungspunkt) bis zu 250% der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung verlangt hätte, erstattet.</p> <p> Hinweis: Gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet.</p>
Stationär	
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	<p>✓ Übernommen werden medizinisch notwendige</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber - Transporte durch Krankentransportunternehmen, wenn medizinisches Personal als Begleitung erforderlich ist - Fahrten im privaten Fahrzeug (0,30 EUR je gefahrenen Kilometer), Taxi oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, zu jedem geeigneten Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt; wenn das nächste geeignete Krankenhaus weiter weg ist, auch die Kosten dorthin. <p>Auch eine Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands ist erstattungsfähig, wenn die Behandlung nach Verlegung voraussichtlich noch mind. 7 Tage andauern und der Transport vom Versicherer organisiert wird.</p> <p>Für Fahrten bei einem Krankenhausaufenthalt übernimmt der Versicherer die Kosten, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann.</p>
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	<p>✓ Zahlung eines Krankenhaustagegeldes bei Verzicht auf</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gesondert berechnungsfähige Arztkosten (Chefarzt und Belegarzt): 40 EUR b) zusätzlich berechnungsfähige Unterkunft im 1- und 2-Bettzimmer: 70 EUR. <p>Keine Zahlung nach a) und b) bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - ganzjähriger Beurlaubung, - einer Behandlung von weniger als 24 Stunden je Tag (teil- oder tagessstationär); der Aufnahmetag wird gezahlt nach b) - für den Entlassungstag - bei Unterbringung auf der Intensivstation.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	<p>✓ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.</p>
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	<p>✓ Bei Behandlungen in gemischten Krankenanstalten ist keine Zusage erforderlich.</p>
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	<p>✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	<p>✓ Die Versorgung in einem Hospiz* ist erstattungsfähig, wenn die versicherte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> - an einer nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankung, die ihre Lebenserwartung verkürzt, leidet - auf diese Versorgung angewiesen ist (keine Krankenhausbehandlung benötigt wird). <p>Der Anspruch aus der privaten Pflegepflichtversicherung hat Vorrang.</p> <p>* selbstständige Einrichtung mit dem Versorgungsauftrag, unheilbar kranke Patienten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinisch zu behandeln</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	
GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant Hinweis: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch Kosten für eine aus medizinischen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson.
- Kuren stationär?	⚠️  Ärztlich verordnete Kurbehandlungen* werden einmal innerhalb von 36 Monaten bis 3.000 EUR erstattet. * ärztliche Leistungen, Unterkunft und Verpflegung in der Kurklinik, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, Heilmittel, Kurtaxe
Sonstiges	⚠️  Erstattungsfähig sind auch Kosten für eine Übergangspflege, bis zu 10 Tage je Krankenhausbehandlung. Voraussetzungen/weitere Details sind den Bedingungen zu entnehmen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
Monatsbeitrag:		277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Zahn		
Zahnbehandlung (%)?	GSB100A: Die Kosten für Zahnbehandlung sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. GSZ90A: Zahnbehandlung (einschl. Prophylaxe* und professionelle Zahnreinigung (PZR)) wird zu 100% erstattet. * u. a.: Fissurenversiegelung, Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen, Reinigung der Zahnzwischenräume, Oberflächenpolitur, geeignete Fluoridierungsmaßnahmen Erstattung bei Teilnahme an "MeinVorsorgeprogramm": - PZR 1x p. a., bis 130 EUR - Kontrolluntersuchungen 2x p. a., bis jeweils 60 EUR (ohne Anrechnung auf die Summenbegrenzung/Zahnstaffel)	
Zahnersatz (%)?	GSB100A: Die Kosten für Zahnersatz sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. GSZ90A: Zahnersatz (einschl. Keramikverblendenschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne) wird zu 90% erstattet.	
- Kieferorthopädie (%)?	GSB100A: Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. GSZ90A: Kieferorthopädie* wird zu 90% erstattet. * u. a. auch: - Keramik-, Mini-, selbstligierende Brackets - superelastische, thermoelastische farblose Bögen - unsichtbare Zahnschienen - Lingualtechnik	
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Kieferorthopädie wird bis zum 21. Geburtstag erstattet. keine Altersgrenze bei - Unfall (als Unfall gilt nicht, wenn ein Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern)) - schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Fehlstellung) im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung	
Gebührenordnung Zahn		
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	 Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) und GOÄ vorhanden.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn



GSB100 A GSZ90 A PVN(A)

Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ und GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✓ Ja. Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten, ohne die Begrenzung auf deutsche Gebührensätze; die Summenbegrenzung/Zahnstaffel gilt jedoch auch bei Auslandsbehandlungen.
Zahn	
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/ Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	Erstattet werden die Kosten für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	✓ Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 3.000 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✓ Die Höchstbeträge gelten nicht bei einem Unfall. Sie gelten aber, wenn ein Zahn beim Essen geschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern) oder herausnehmbarer Zahnersatz beim Reinigen beschädigt wird.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	✓ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei Zahnersatz, Inlays, Implantaten und Kieferorthopädie empfohlen.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✓ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays* (Einlagefüllungen) werden wie Zahnersatz erstattet. * etwa aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramik-Material (auch auf Goldgerüst) und Glas-Keramik
Sonstiges	✓ Erstattet werden auch - zu 90%: funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen am Kauapparat (Gnathologie) einschl. Aufbissbehelfe und Schienen - zu 100%: Zahnaufhellung (Bleaching), bis 150 EUR innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren - zum selben %-Satz wie die dazugehörige zahnmedizinische Leistung: schmerzlindernde Behandlungen* (insbesondere Akupunktur, Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Hypnose, Lachgas-Sedierung, Vollnarkose) sowie verordnete und in der Apotheke gekaufte Arznei- und Verbandmittel * bei Leistungserbringung durch einen Arzt oder Heilpraktiker besteht Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für MeinGesundheitsschutz Plus oder MeinGesundheitsschutz Best

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	<input checked="" type="checkbox"/> GSB100A, GSZ90A: Markteinführung: 05.2024
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	<input checked="" type="checkbox"/> GSB100A, GSZ90A: Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex- [®] "Vorgängertarif" (Jahr):	Keine Leistung vorhanden.
Antragsfragen/Annahmerichtlinien	
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (5 Jahre bei ambulanten Operationen).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	<input checked="" type="checkbox"/> Fehlende Zähne sind mitversichert (20% Risikozuschlag je fehlenden Zahn).
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	GSB100A, GSZ90A: Bei Leistungsfreiheit wird eine BRE von 10% des jährlichen Tarifbeitrages gezahlt.
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	GSB100A, GSZ90A: Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	<p>GSB100A, GSZ90A: BRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Jahr leistungsfrei: 10% des Jahresbeitrags (BONUS 10) - 2 Jahre leistungsfrei: 15% des Jahresbeitrags (BONUS 15) - 3 Jahre leistungsfrei: 20% des Jahresbeitrags (BONUS 20) - 4 Jahre und mehr leistungsfrei: 20% des Jahresbeitrags (BONUS 20)
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	<p>GSB100A, GSZ90A: Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant</p>
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Keine Leistung vorhanden.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	<p>✓ GSB100A: ⚠ Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ sind die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen „Vorsorgeuntersuchungen gem. tariflichem Verzeichnis“ und „Gesundheitskurse“ BRE-unschädlich.</p> <p>GSZ90A: Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ sind die in den Bedingungen angehangenen Verzeichnis zu Prophylaxe-Leistungen aufgeführten Leistungen BRE-unschädlich. Hinweis: GSB100A: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“</p> <p>GSZ90A: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“</p>
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	<p>✓ Bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“ sind die in den Bedingungen besonders gekennzeichneten Präventionsleistungen „Standard-/Indikationsimpfungen nach Empfehlungsliste der STIKO“ BRE-unschädlich. ⚠ Hinweis: nur bei Teilnahme an „MeinVorsorgeprogramm“</p>
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	<p>GSB100A, GSZ90A: Nein.</p>
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigen Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	<p>✓ GSB100A, GSZ90A: Ja.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad	100 %
Kundenwünsche:	
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	<p>✓ GSB100A, GSZ90A: Anrechnung leistungsfreier Vorversicherungszeiten für PKV- und GKV-Wechsler:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorversicherungszeit von mind. 12 Monaten - es werden alle vollen, durchgängig leistungsfreien Kalenderjahre unmittelbar vor dem Wechsel angerechnet - bei unterjährigem Wechsel muss Leistungsfreiheit bis zum Wechselzeitpunkt bestanden haben - bisherige Leistungsfreiheit muss nachgewiesen werden <p>Anrechnung Vorversicherungszeit im Tarif OptionFlexiMed (OFM02):</p> <ul style="list-style-type: none"> - VP war unmittelbar vor Abschluss des BRE-berechtigten Tarifs im OFM02 versichert - BRE-berechtigter Tarif wurde durch Ausübung der Option des OFM02 abgeschlossen - Kalenderjahre, in denen der OFM02 jeweils für volle 12 Monate ununterbrochen bestand, werden als leistungsfreie Jahre bei der BONUS-Höhe berücksichtigt
Ausland	
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	<p>✓ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts (kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden), bei - aus medizinischen Gründen - längerer Behandlung bis zur möglichen* Rückreise (oder Übernahme des versicherten Rücktransports, sofern transportfähig). Wenn aus anderen Gründen, die die versicherte Person (VP) nicht zu vertreten hat (etwa Flugausfälle wg. Pandemie) keine Rückreise möglich ist, zahlt der Versicherer bis zur möglichen Rückreise.</p> <p>* ohne die Gesundheit der VP zu gefährden Hinweis: Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.</p>
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	<p>✓ Medizinisch notwendige Rücktransporte - auch mit Begleitperson und minderjährigen Kindern - sind erstattungsfähig; soweit medizinisch möglich, ist das kostengünstigste Transportmittel zu nehmen. Überführungskosten werden ebenfalls zu 100% ersetzt; Bestattungskosten im Ausland bis zu dem Betrag, den eine Überführung gekostet hätte.</p>
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✓ Der Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.</p>
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✓ Der Vertrag gilt, solange die versicherte Person in der EU oder im EWR wohnt. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.</p>
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	<p>✓ Bei Wohnsitzverlegung in einen Staat außerhalb der EU/des EWR besteht das Recht auf Weiterführung (bis zu 10 Jahre (evtl. auch länger)), ggf. mit (länderabhängigem) Beitragsszuschlag. Das gilt auch bei Wegzug in ein Land, das nicht der EU/dem EWR angehört (z. B. die Schweiz). Ohne Vereinbarung endet das Vertragsverhältnis oder kann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.</p>
Optionsrecht auf Höherversicherung	
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges



GSB100 A GSZ90 A PVN(A)

Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlässe für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))	
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✓ Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (auch Anschlussheilbehandlung) sind mitversichert; erstattet werden folgende Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant: ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel, Beratungen und Schulungen - stationär: Unterkunft im 1-/2-Bettzimmer, Mehrbettzimmer, Verpflegung und Pflege, Arznei- und Heilmittel, medizinisch begründete Nebenkosten, als Krankenhausleistungen berechnete Arztkosten, bis zu 150% der Kosten, die die GKV für die Reha-Einrichtung akzeptiert, wenn die Reha-Einrichtung einen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat; ohne Vertrag werden die Kosten der zum Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegen Einrichtung mit Vertrag zugrunde gelegt, davon erstattet der VR bis zu 150% der Kosten, die die GKV dafür akzeptiert. <p>Bei stationärer Reha werden auch noch die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen vergütet.</p> <p>Geleistet wird einmal innerhalb von 36 Monaten. Der Zeitraum umfasst ambulante Reha und Reha im Krankenhaus; er gilt nicht, wenn eine erneute Reha vor Ablauf dieser Zeit aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist (etwa bei einer Anschlussheilbehandlung).</p> <p>Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht der Erstattung des Versicherers vor.</p>
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	<p>✓ Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung anderer Leistungsträger verbleibenden Restkosten.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad	
Kundenwünsche:	100 %
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer Reha).
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Die Erstattung ist auf 150% der Kosten, die die GKV akzeptiert, begrenzt (+ gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bei stationärer Reha).
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	 Kosten einer ambulanten Entwöhnung werden wie die Kosten einer ambulanten Behandlung erstattet.  Bei einer stationären Entwöhnung werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen bis zu dem Tagessatz nach § 111 SGB V erstattet. Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag nach dieser Vorschrift, übernimmt der Versicherer seinen Tagessatz; ansonsten den Tagessatz für das Krankenhaus mit Versorgungsvertrag, das am nächsten zum Wohnsitz der versicherten Person liegt. Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein: - die Behandlung soll die versicherte Person aus der Bindung an Suchtmittel lösen; dazu gehören stoffgebundene Suchtmittel (etwa Drogen oder Alkohol) wie auch stoffungebundene Suchtmittel (etwa Spielsucht) - es darf nicht nur von einer Nikotinsucht entwöhnt werden - die Entwöhnung erscheint hinreichend Erfolg versprechend - der Versicherer hat die Erstattung vorher schriftlich zugesagt. Hinweis: stationär: bis zu dem Tagessatz nach § 111 SGB V
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	 Bei einer Kinderwunschbehandlung (insbesondere folgende Verfahren: Insemination, In-Vitro-Fertilisation, In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion) werden bis zu 4 Versuche je Verfahren, jedoch bis zu 8 Inseminationen ohne hormonelle Stimulation unter folgenden Voraussetzungen erstattet: - organisch begründete Unfruchtbarkeit oder Zeugungsunfähigkeit - eine Schwangerschaft ist aus fachärztlicher Sicht medizinisch hinreichend wahrscheinlich Hinweis: auch mitversichert: einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörende ärztliche Leistungen, sofern die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Kinderwunschbehandlung durchzuführen; die zu behandelnde Person muss die Person sein, deren Zellen oder Gewebe aufbewahrt werden soll

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

 GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
Monatsbeitrag:	277,45 €
Erfüllungsgrad	100 %
Kundenwünsche:	
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p> GSB100A, GSZ90A: ⚠ Beitragsbefreiung für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht oder Elternzeit nimmt, ohne in dieser Zeit Anspruch auf Elterngeld zu haben (gilt bis längstens 24 Monate nach der Geburt des Kindes) <ul style="list-style-type: none"> - für max. 6 Monate - es muss mind. 8 Monate vor der Geburt ununterbrochen eine KV Voll beim Versicherer bestehen, die das Recht auf Beitragsbefreiung vorsieht Beitragsbefreiung für Kinder, die im Rahmen einer Kindernachversicherung in diesem Tarif versichert werden <ul style="list-style-type: none"> - gilt für den Monat, in dem das Kind (auch das Adoptivkind) geboren wurde sowie die darauffolgenden 6 Monate GSB100A: Bei häuslicher Entbindung wird eine Pauschale von 3.000 EUR je Geburt gezahlt; eine Mehrlingsgeburt gilt als eine Geburt. Hinweis: GSB100A, GSZ90A: Beitragsbefreiung bei <ul style="list-style-type: none"> - Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) - Versicherung von Kindern </p>
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	<p> GSB100A, GSZ90A: Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden erstattet, wenn <ul style="list-style-type: none"> - sie von einem in den Bedingungen genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten verordnet worden oder - im Verzeichnis (nach § 139 e SGB V) enthalten sind oder - der Versicherer die Erstattungsfähigkeit anerkannt hat, weil er die DiGA für die Behandlung der versicherten Person als sinnvoll erachtet. * Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung; ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen. Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig.</p>
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/ Geburtsschäden?	 Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind Geburtsschäden und angeborene Krankheiten auch abgesichert.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	 Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	 Es besteht nur ein Leistungsausschluss für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Kalenderjahre. ⚠ Hinweis: Die Kündigung der Zusatzabsicherung ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich.
Sonstiges	 Wenn für Behandlung auch bei einer anderen PKV Ansprüche bestehen, muss die Allianz so schnell wie möglich informiert werden.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Die folgende Übersicht gibt Ihnen einen Überblick über Leistungseinschränkungen der dargestellten Tarife.

Diese Auflistung stellt nur einige ausgewählte Leistungsbereiche dar und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Maßgeblich für Ihren Versicherungsschutz sind ausschließlich die jeweils gültigen Versicherungsbedingungen.

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (= 2,3fach/persönliche ärztliche Leistungen, 1,8fach/medizinisch-technische Leistungen, 1,15fach/Labor) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (= 3,5fach) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip		
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sind ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnis (über Gebühren hinaus)	✗	Sind erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnis (über Gebühren hinaus) erstattungsfähig?
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	1.000,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensormotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.
sonstiges		
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.
Stationär		
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten	✗	Sind die Wahlleistungen nur bei bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert ?
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung	✓	In Krankenhäusern, welche auch Kur- bzw. Reha-Maßnahmen anbieten (sog. "Gemischte Anstalten"), sollte in bestimmten Fällen keine schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich sein: Im Notfall, wenn es sich um das Versorgungskrankenhaus in der Umgebung handelt, bei Akutversorgung während eines Aufenthaltes in der Klinik. Ist dies nicht geregelt, kann der Versicherer (teilweise) die Leistung verweigern.
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.
Hospizkosten	✓	Sind die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbegleitung) erstattungsfähig?
Gebührenordnung Stationär		
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (= 2,3fach/persönliche ärztliche Leistungen, 1,8fach/medizinisch-technische Leistungen, 1,15fach/Labor) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (= 3,5fach) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Zahn		
Zahnbehandlung %		Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)
Zahnersatz %		Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)
Kieferorthopädie %		Höhe des Erstattung für Kieferorthopädie (%)

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)	20	Einige Tarife erbringen die Leistung z.B. nur bis zum 18. Lebensjahr, obwohl auch danach noch kieferorth. Behandlungen anfallen können (z.B. Kieferknacken, Unfall). Bis zu welchem Alter (in Abhängigkeit zum Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?
Gebührenordnung Zahn		
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (= 2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (= 3,5fach) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/ Geburtsschäden mitversichert sind.
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)		
Beihilfe: Leistungen aus dem Beihilfeergänzungstarif (nur aktuelle Unisex-Tarife)	✗	Restkostentarife erstatten nach Leistung der Beihilfe verbleibende Restkosten. (bei einigen Versicherer ist bereits in den Grundtarifen eine Restkostenerstattung, z. B. für zahntechnische Laborarbeiten/Materialien oder stationäre Gebührenanteile über GOÄ-Höchstsatz, inkludiert)
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	0	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✗	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	12	Wie viele Monate besteht der Versicherungsschutz weltweit? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))		
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	✓	Oftmals gehört in AHB-Kliniken/Reha-Einrichtungen das 2-Bettzimmer zu den Regelleistungen; Anwendungen werden meistens von Physiotherapeuten bzw. anderen Heilberufen durchgeführt (und nicht vom Arzt/"Chefarzt"). Wenn die DRV Kostenträger ist, dürfen keine Wahlleistungen in Anspruch genommen werden (Sicherstellung der Gleichbehandlung aller Versicherten). Verbleiben dennoch (Restkosten für) gesondert berechenbare Wahlleistungen, werden diese nur erstattet, wenn der Tarif dies (ggf. nach Vorleistung durch den Rehaträger) explizit vorsieht.
- ambulante Anschlussreha	✓	Sollen ambulante Anschluss-Reha-Maßnahmen erstattungsfähig sein? (Diese sind laut den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§ 5 1 d) MB/KK generell ausgeschlossen)

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	GSB100 A GSZ90 A PVN(A)	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- stationäre Anschlussreha	✓	Sollen stationäre Anschluss-Reha-Maßnahmen erstattungsfähig sein? (Diese sind laut den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§ 5 1 d) MB/KK) generell ausgeschlossen)
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen	✗	Sollen Anschlussrehas ohne übliche Einschränkungen erstattet werden? Einschränkungen sind z. B.: vorherige Zusage erforderlich / nur bestimmte Diagnosen / Erstattungsbegrenzung / Antrittsfrist kürzer als 2 Wochen / Verweildauer weniger als 3 Wochen
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen	✓	Sollen sonstige ambulante Reha-Maßnahmen erstattungsfähig sein? (Diese sind laut den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§ 5 1 d) MB/KK) generell ausgeschlossen)
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen	✓	Sollen sonstige stationäre Reha-Maßnahmen erstattungsfähig sein? (Diese sind laut den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§ 5 1 d) MB/KK) generell ausgeschlossen)
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen	✗	Sollen sonstige Rehas ohne übliche Einschränkungen erstattet werden? Einschränkungen sind z. B.: vorherige Zusage erforderlich / nur bestimmte Diagnosen / Erstattungsbegrenzung / ambulant: weniger als ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie

Die folgende Tabelle zeigt die Beitragshistorie der vorgeschlagenen Tarife am Beispiel eines 35 jährigen Mannes.

Jahr	Allianz GSB100 A GSZ90 A PVN(A)
2024	374,04 €
2025	374,04 €