

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

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
	JAZ 300 A PVN A	218,96 €

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

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

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

	
JAZ 300 A	192,99 €
Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 0% Heilpraktiker 100% Psychotherapie	
Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung	
Zahn: 100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 100% Kieferorthopädie	
Selbstbehalt: 300 € Selbsthalt p.a.	
(Tarif für Kinder von Ärzten/Zahnärzten, Studenten der Humanmedizin/Zahnmedizin (und Ärzte in Weiterbildung)) Voraussetzung für PVN A: Immatrikulations- oder Schulbescheinigung	
AVB, Teil II_Tarif JAZ 300A_Stand: 01.01.2022	
Beitragsstand: 01.01.2025	
PVN A	25,97 €
Pflegepflichtversicherung.	
AB ALTER 35 GILT DER PVN-BEITRAG/ERFOLGT DIE AUTOMATISCHE UMSTELLUNG IN TARIF PVN	
Beitragsstand: 01.01.2023	
Gesamtbeitrag mtl.:	218,96 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	0,00 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	243,96 €

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.

		 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Selbstbehalt p.a.:		300,00 €
SB Art *:		A
Arbeitnehmeranteil:		
Effektivbeitrag **:		243,96 €
Erfüllungsgrad		100 %
Kundenwünsche:		
Erfüllte Beratungsschwerpunkte		1 von 1
GOÄ/GOZ		
Ambulant		
Vorsorge		
Heilpraktiker		
Psychotherapie		
Heil- und Hilfsmittel		
Stationär		
		1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn		
Zahnbehandlung		100 %
Zahnersatz		80 %
Kieferorthopädie		100 %

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.

		 JAZ 300 A PVN A
Kundenwunsch	Monatsbeitrag:	218,96 €
	Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Selbstbeteiligung (SB)		
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	✔	300,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		300,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)	✔	
- SB prozentual (bzw. keine SB)		
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)		
- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf SB angerechnet		
- Schutzimpfungen werden nicht auf SB angerechnet		
Haus-/Primärarztprinzip		
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip	✔	
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?	✔	
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung	✔	
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland	✔	
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte	✔	
- Maximierung Eigenanteil bei 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)	✔	

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		✓
Heilpraktiker		
Heilpraktiker		
- xx % Erstattung		
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		
- mind. bis Höchstsatz GebüH		
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)		✓
- 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		✓
- Erstattung in %		100 %

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		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		✓ ⚠
		Hinweis: Hörgeräte werden bis zu 1.500 EUR je Ohr erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.
- Orthopädische Schuhe		✓ ⚠
		Hinweis: Orthopädische Schuhe werden bis zu 500 EUR pro Paar erstattet.
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓
- Blindenlese-/ Vorlesegerät		✓
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung		✓
- Prothesen		✓
- Kunstaugen		✓
- Orthesen		✓
Sehhilfen		
- Erstattung xx €		260,00 €
- Anspruch mind. alle ... Monate		24
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		2.000,00 €

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte		✓
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage		✓
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓
- bei Gehunfähigkeit		⚠
		Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel (2. Klasse), privates Kraftfahrzeug): - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation bis insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)		
- ambulante Notfalltransporte		✓
Arznei-/Verbandmittel		
- ohne zusätzliche SB		✓
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)		✓
sonstiges		
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓
- Behandlung in Krankenhausambulanzen		
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege		✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		
Kurleistung ambulant		
Kurleistung ambulant		✓
- Verzicht auf Kurortklausel		✓
Ambulant		
sonstiges		✓

Leistungsvergleich Stationär

		 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		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		✓
Stationär		
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓
Ersatzkrankhaustagegeld		✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓
Hospizkosten		✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		
Kurleistung stationär		
sonstiges		✓

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Zahn		
Zahnbehandlung %		100,00 %
Zahnersatz %		80,00 %
Kieferorthopädie %		100,00 %
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt
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		4
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall		✓
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage		
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen		✓
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung		
- sonstiges		

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2012
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		
- 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		5
Kinder alleine versicherbar ab Alter		
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr		
- 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		1,50 ⚠
	Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER		
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr		
-BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER		

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich		
- Schutzimpfungen BRE- unschädlich		
- weitere / andere Leistungen BRE- unschädlich		
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpfjahr)		✔
- Anrechnung Vorversicherung (VV) auf BRE-Staffel		
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		6
- 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: verpflichtende Vereinbarung des Versicherers zur Vertragsfortführung nur bei weiterem Wohnsitz innerhalb des EWR
Optionsrecht auf Höherversicherung		
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		
- anlassbezogenes Optionsrecht		
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen		
- keine Beschränkung der Zieltarife		
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen		

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- 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		
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)		✓
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss		✓
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/ Anomalien		✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 VERSICHERUNGSGRUPPE JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Verbesserte Kriegsklausel		✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2
sonstiges		

Leistungsvergleich Ambulant

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Selbstbeteiligung (SB)	
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✓ Die Selbstbeteiligung ist auf 300,- € pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✓ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 300 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung ./ 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel*, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR. * bei Einschaltung VR
- Selbstbehalt nur ambulant?	✓ Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.
- prozentualer Selbstbehalt?	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	Nein.
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	Nein.
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 Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.

Leistungsvergleich Ambulant

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
Gebührenordnung ambulant	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.
- 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?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Heilpraktiker	
- Heilpraktiker	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh erstattungsfähig?	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	✔ Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	
Vorsorge	
- über gesetzl. Programme hinaus?	Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✔ Erstattungsfähig staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer nicht nur aus beruflichen Gründen oder Reisen empfohlen werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

 JAZ 300 A PVN A	
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Heilmittel	
- Heilmittel-Definition	✓ Erstattungsfähig sind Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören - Inhalationen - Physiotherapie (abschließende Aufzählung) - Logopädie - Ergotherapie - Podologie
- 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. Heilmittel sind bis zum 1,15-fachen der nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	
- Logopädie	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel	
Hilfsmittel	✓ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Erstattungsfähig sind auch medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✓ Hilfsmittel* werden zu 100% erstattet, wenn sie nicht mehr als 300 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel* werden entsprechend erstattet, wenn sie über den Versicherer bzw. nach vorheriger Zusage bezogen werden, andernfalls werden 80% vergütet. * Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe werden generell zu 100% erstattet, aber es gelten Erstattungshöchstbeträge (s. nachfolgende Leistungspunkte).
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✓ Für Hilfsmittel fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, wenn es mehr als 300 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage bezogen wird (gilt nicht für Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe, s. nachfolgende Leistungspunkte).
- 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, Leihe, wer liefert)?	Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die mehr als 300 EUR kosten, müssen über den Versicherer bezogen oder von ihm vorab zugesagt werden, ansonsten verringert sich die Erstattung um 20%.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:		218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	
- Heimdialyse?	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	
- Krankenfahrräder ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte werden bis zu 1.500 EUR je Ohr erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	
- Orthopädische Schuhe?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe werden bis zu 500 EUR pro Paar erstattet.	
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	
- Körperersatzstücke?	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	
- 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 €?	✔ Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 260 EUR innerhalb von zwei Jahren.	
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✔ Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 260 EUR innerhalb von zwei Jahren.	
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	✔ Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. durch LASIK) werden bis 1.000 EUR pro Auge erstattet. Ein erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von fünf Jahren.	
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.	

Leistungsvergleich Ambulant

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Ambulante Transporte	
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✓ Erstattet werden Fahrten mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) zur: - ambulanten Chemotherapie oder ambulanten Strahlenbehandlung (bis insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr) - Dialysebehandlung (bis insgesamt 3.000 EUR pro Kalenderjahr). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel (2. Klasse), privates Kraftfahrzeug): ⚠ - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation bis insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	Nein. Ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	✓ Erstattungsfähig sind Fahrten oder Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, privates Kraftfahrzeug) zum nächst erreichbaren, geeigneten Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten, lebensbedrohlichen Zuständen. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR als Aufwendungen zugrunde gelegt.
Arznei-/Verbandmittel	
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✓ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Hierzu gehören auch bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.
sonstiges	
- medizinische Versorgungszentren?	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	Nein, die Erstattung von Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen ist nicht in den Bedingungen aufgeführt.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✓ Zu 100 % erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege, wenn diese ärztlich verordnet ist. Erstattungsfähig sind auch: psychiatrische Pflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Intensiv-Behandlungspflege (z.B. Beatmung, Überwachung der Vitalparameter, tracheales Absaugen).
- Palliativversorgung?	
Kurleistung ambulant	
- Kuren ambulant?	✓ Erstattungsfähig sind abweichend von Teil I § 5 Abs. 1 f) die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten Kur bis zu einer Dauer von 28 Tagen. Ein Anspruch auf eine erneute Erstattung einer Kur entsteht nach Ablauf von drei Jahren nach der letzten Kur.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.

Leistungsvergleich Ambulant

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Ambulant	
Sonstiges	✔ Ambulante Heilbehandlungen (nach Nr. 1.1 der AVB, Teil II) sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Stationär	
- 1-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?	
Gebührenordnung Stationär	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Stationär	
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt oder den Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder für einen Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✔ Bei Verzicht auf Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer werden 30,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 30,- € gezahlt. Für Kinder (0-15Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen das Ersatz-Krankenhaustagegeld die Hälfte der vorstehenden Sätze.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - zu einer unverzüglich medizinisch notwendigen Notfallbehandlung einzig eine gemischte Anstalt zur Verfügung steht - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nur in einer gemischten Anstalt angeboten wird und diese Behandlung als einzig erfolgversprechende Behandlung angesehen werden muss - eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung durchgeführt wurde.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✓ Die INTER leistet für Aufwendungen (bis zu der Höhe der GKV) einer notwendigen stationären Versorgung in einem Hospiz, wenn <ul style="list-style-type: none"> - die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist, - eine ärztliche Verordnung vorliegt und - das Hospiz von der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versorgungsvertrag zugelassen ist.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
- Kuren stationär?	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.
Sonstiges	✓ Bei einer Entbindung wird anstelle der Erstattung der im Zusammenhang mit einer Entbindung entstandenen Aufwendungen auf Antrag und gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 1.030 EUR gezahlt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Zahn	
Zahnbehandlung (%)?	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig (inkl. Zahnprophylaxe).
Zahnersatz (%)?	Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.
Zahn	
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	✔ Leistungsbegrenzungen in den ersten 4 Versicherungsjahren: 1.000 EUR Erstattungsbetrag (erste 12 Monate) 2.000 EUR Erstattungsbetrag (erste 24 Monate) 3.000 EUR Erstattungsbetrag (erste 36 Monate) 4.000 EUR Erstattungsbetrag (erste 48 Monate)
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von 5.000 EUR oder mehr ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans wird die Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages auf die Hälfte des tariflichen Prozentsatzes gekürzt.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.

Leistungsvergleich Zahn

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Sonstiges	

Leistungsvergleich Sonstiges

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ Markteinführung: 07.2012
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien	
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/ Krankheiten"?	Keine Leistung vorhanden.
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ Bei bis zu 5 fehlenden Zähnen ist die Annahme unter Vorlage des aktuellen Zahnstatus ggf. möglich.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	<p>Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit ab Beginn des Versicherungsverhältnisses beträgt die BRE für</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Jahr: 1,5 MB ⚠ - 2 Jahre: 1,5 MB - 3 Jahre: 1,5 MB - für 4 und mehr Jahre bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit: s. u. <p>Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit für</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Jahr: 0,75 MB - 2 Jahre: 1 MB - 3 Jahre: 1,25 MB - 4 Jahre: 1,5 MB - 5 Jahre: 2 MB - 6 Jahre: 2,5 MB - 7 Jahre: 3 MB <p>Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden</p>
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	Nein.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	Nein.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	Nein.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	✔ Ja.
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	Nein.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Ausland	
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✔ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 6 Monate. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Ja, der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen EWR-Vertragsstaat beantragt wird.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Ja, der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen EWR-Vertragsstaat beantragt wird.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	Die INTER verpflichtet sich, auf Antrag des Versicherungsnehmers eine anderweitige Vereinbarung anzubieten, wenn und solange die versicherte Person einen weiteren Wohnsitz innerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten unterhält. ⚠ Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer dies bis zum Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts der versicherten Person außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten beantragt. Hinweis: verpflichtende Vereinbarung des Versicherers zur Vertragsfortführung nur bei weiterem Wohnsitz innerhalb des EWR
Optionsrecht auf Höherversicherung	
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))	
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✔ AVB Teil I, § 4 (7) Aufwendungen bzw. nach Vorleistung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers verbleibende Aufwendungen (mit Ausnahme von Zuzahlungen) für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit für diese bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.</p> <p>Medizinisch notwendige Anschlussrehabilitationen in "gemischten Krankenanstalten" bedürfen keiner vorherigen Zusage. AVB Teil II Anschlussrehabilitation Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere stationäre Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7. Es besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.</p>
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	Nein. Wahlleistungen sind nur erstattungsfähig, soweit für Aufwendungen einer Anschlussreha bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Es wird nur stationäre Anschlussrehabilitation erstattet.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	<p>✔ Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA**), die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig*, wenn sie von niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten (auch in MVZ), approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis oder von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen verordnet wurden. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für DiGA; Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen.</p> <p>DiGA, die nicht im Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von o. g. Leistungserbringern verordnet wurden und über Kooperationspartner des Versicherers angeboten werden, sind ebenfalls erstattungsfähig*. Die Kosten werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung (s. o.) erforderlich.</p> <p>* zu 100% ** = Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen</p> <p>nicht erstattungsfähig: - Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten - Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom BfArM nach § 78a Abs. 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind.</p>
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angebotener Anomalien/ Geburtsschäden?	<p>✔ Der Vorstand INTER Krankenversicherung aG hat am 22.09.2016 schriftlich bestätigt:</p> <p>In den Versicherungsbedingungen ist nicht geregelt, dass für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien besteht.</p> <p>Jedoch versichern wir Ihnen ergänzend von unseren Versicherungsbedingungen, dass wir im Rahmen der Kindermitversicherung mögliche Geburtsschäden und/oder Anomalien mit in den Versicherungsschutz einschließen.</p>
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).

Leistungsvergleich Sonstiges

	 JAZ 300 A PVN A
Monatsbeitrag:	218,96 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/ KK)?	✓ Die Leistungseinschränkung entfällt, wenn - bei der Einreise noch keine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet bestand und - die versicherte Person sich an dem Tag, an welchem eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, in dem betroffenen Gebiet befand und bis zum Eintritt der Krankheit, des Unfalls bzw. Todesfalls aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen dieses Gebiets gehindert war.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✓ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.
Sonstiges	

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):	
Inter		JAZ 300 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 GebÜH hinaus)	✓	Sind erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnis (über GebÜH hinaus) erstattungsfähig?	
Sehhilfen			
- Erstattung xx €	260,00 €	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, sensomotorisch-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):	
Inter		JAZ 300 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 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 Sterbebegleitung) 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 der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Inter		JAZ 300 A PVN A	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung	
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)	unbegrenzt	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	6	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)	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Inter		JAZ 300 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	

Beitragshistorie

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

Jahr	Inter JAZ 300 A PVN A
2016	177,01 €
2017	177,01 €
2018	177,01 €
2019	177,01 €
2020	177,01 €
2021	177,01 €
2022	225,07 €
2023	225,07 €
2024	225,07 €
2025	249,56 €