

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
ottonova	Study Smart PVN	132,48 €

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.



Study Smart

84,80 €

Kompakttarif

ambulant:

- Primärarztprinzip (20% SB bei Nichteinhaltung)
- Psychotherapie: 100%, ab der 26. Sitzung 50%
- Heilmittel: 20% SB, max. 400 EUR p. a.
- keine Heilpraktikerleistungen

stationär:

- Regel- u. Wahlleistungen (privat-/wahl-/belegärztliche Leistungen + 2-Bettzimmer)
- Privatkliniken bis 150% KHEntG/BPfIV abzgl. Eigenanteil von 150 EUR tgl.

Zahn:

100% Zahnbehandlung

70% Zahnersatz

80% KFO, KIG 3-5 (+ 20% nach Abschluss; bis Alter 17 (bei Behandlungsbeginn) oder bei schweren Kieferanomalien)

AVB/KK_on-avbkkv-0007_Ausgabe 12 / 2021

Tarif ottonova Study Smart_on-tbstudysmart-0001_Ausgabe 08 / 2023

Tarif für Personen, die sich in einer Ausbildung (z. B. Studium) befinden + nicht berufstätiger Ehe-/Lebenspartner

Beitragssstand: 01.08.2023

PVN

47,68 €

Pflegepflichtversicherung

Beitragssstand: 01.01.2023

Gesamtbeitrag mtl.:

132,48 €

Arbeitnehmeranteil mtl.:

0,00 €

Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:

132,48 €

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.

ottonova	
Study Smart PVN	
Monatsbeitrag:	132,48 €
Selbstbehalt p.a.:	
SB Art *:	
Arbeitnehmeranteil:	
Effektivbeitrag **:	132,48 €
Erfüllungsgrad	
Kundenwünsche:	100 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	1 von 1
GOÄ/GOZ	
Ambulant	    
Stationär	 2-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn	 100 % 70 % 80 %

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.

		ottonova
		Study Smart PVN
Kundenwunsch	Monatsbeitrag:	132,48 €
	Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Selbstbeteiligung (SB)		
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	✓ ✗	0,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		40,00 €
- 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		⚠
	Hinweis: Ist die versicherte Person der Auffassung, dass bei ihren Beschwerden die sofortige Einschaltung eines Nicht-Primärarztes geboten ist, kann sie sich, statt einen Primärarzt aufzusuchen, auch an den Concierge Service des Versicherers wenden. Befürwortet dieser die direkte Behandlung durch einen Facharzt, wird unverzüglich eine diesbezügliche Bestätigung in Texform an die versicherte Person veranlasst, die der Überweisung durch den Primärarzt gleichgestellt ist.	
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?		✓
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung		
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		✓ ⚠
	Hinweis: Im Ausland gilt jeder Arzt, der wegen einer akut auftretenden Erkrankung während einer Auslandsreise aufgesucht wird, als Notarzt.	
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsarzte		✓
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%		80,00 %

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

ottonova Study Smart PVN			
Kundenwunsch			
Monatsbeitrag:		132,48 €	
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	
Gebührenordnung ambulant			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		⚠️ Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeföhrten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet. außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.	
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 %		80,00 %	
- max. Selbstbehalt p.a. €		400,00 €	
- keine pauschalen Beschränkungen		✓	
- Kein tarifliches Preis-u./o. Leistungsverzeichnis/ keine Anlehnung an Beihilfe			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		ottonova Study Smart PVN
Kundenwunsch		
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- 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 %
- 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: Hörhilfen werden bis 1.500 EUR je Ohr erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, werden die dafür erforderlichen Hörgeräte bis max. 4.000 EUR je Ohr vergütet.		
- Orthopädische Schuhe		✓ ⚠
Hinweis: Aufwendungen für orthopädische Schuhe* bzw. Schuhzurichtungen sind für max. 4 Paare innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.		
* Es wird ein pauschaler Eigenanteil für normales Schuhwerk von 100 EUR in Abzug gebracht.		
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓
- Blindenlese-/ Vorlesegerät		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

 Study Smart PVN		
Kundenwunsch		
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung		✓
- Prothesen		✓
- Kunstaugen		✓
- Orthesen		✓
Sehhilfen		
- Erstattung xx €		100,00 €
- Anspruch mind. alle ... Monate		60
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte		⚠
Hinweis: Pro Versicherungsfall sind die ersten 25 Therapiestunden (inkl. probatorischer Sitzungen) zu 100% erstattungsfähig, darüber hinaus zu 50%.		
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage		✓ ⚠
Hinweis: Für nichtärztliche Psychotherapeuten wird nur nach Diagnosestellung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Neurologie geleistet. Zur Leistungserstattung ist die Diagnosestellung einzureichen (weitere Voraussetzungen beachten, § 4 (1) b) AVB/KKV).		
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓
- bei Gehunfähigkeit		✓ ⚠
Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten von und zu einer ambulant durchgeführten - Operation - Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist sowie - bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr.		
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)		
- ambulante Notfalltransporte		✓
Arznei-/Verbandmittel		
- ohne zusätzliche SB		✓ ⚠
Hinweis: Verordnete Arzneimittel zur Empfängnisverhütung werden vergütet, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.		
Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist; der Versicherer ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

ottonova		
Study Smart PVN		
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	132,48 €
Erfüllungsgrad		
Kundenwünsche:		100 %
- 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		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		ottonova
		Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	132,48 €
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		⚠
	Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeföhrten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.	
	außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeföhr werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.	
Privatkliniken		
Privatkliniken		✓
- allg. Krankenhausleistungen mind. 200% KHEntG/G/ BPfIV		⚠
	Hinweis: Eigenbeteiligung von 150 EUR für jeden Tag eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus in Deutschland, für den der Versicherer leistungspflichtig ist (Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als volle Tage).	
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		⚠
	Hinweis: Gesondert berechenbare Unterkunft und privatärztliche Behandlungen werden erstattet - unter Berücksichtigung der Eigenbeteiligung (s. vorherigen Leistungspunkt).	
Stationär		
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		✓
Ersatzkrankenhaustagegeld		✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓
Hospizkosten		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		
Kurleistung stationär		✓
sonstiges		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Zahn		
Zahnbehandlung %		100,00 %
Zahnersatz %		70,00 %
Kieferorthopädie %		80,00 %
		Hinweis: keine Erstattung für KIG 1 und 2
		20%iger Eigenanteil (KIG 3-5) Bei vollständigem und erfolgreichen Abschluss (Bestätigung durch den Zahnarzt erforderlich) wird der Eigenanteil zurückerstattet.
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		17
		Hinweis: Keine Altersbegrenzung bei schweren Kieferanomalien, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordern.
Gebührenordnung Zahn		
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)		
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		 Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet. außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
Zahn		
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)üblicher 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

	Kundenwunsch	ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2023
- 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"		⚠ Hinweis: Der Versicherer fragt "Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?"
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		
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		
- 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

		ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich		
- Schutzimpfungen BRE-unschädlich		
- weitere / andere Leistungen BRE-unschädlich		
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpfjahr)		
- Anrechnung Vorversicherung (V) 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		✓
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		
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- 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 Geburtschäden/ Anomalien		✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓
- Verbesserte Kriegsklausel		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		ottonova
		Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2
sonstiges		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:	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?	✓ Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primärarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 40 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 100% Erstattung = 1.000 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 100% Erstattung = 800 EUR* - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 80% Erstattung = 160 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 360 EUR. * bei Einschaltung VR
- 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?	Nein. Bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen sowie bei von Ärzten verordneten Arznei-, Verband- und Heilmitteln gilt das Primärarztprinzip.  Die ambulante Erstbehandlung muss stets durch einen Primärarzt erfolgen. Als Primärärzte gelten ausschließlich: <ul style="list-style-type: none"> - praktische Ärzte ohne Facharztlezeichnung, - Fachärzte für Allgemeinmedizin, - Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin, - Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hausarzt, - Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde sowie - Fachärzte für Psychotherapie und/oder Psychiatrie - Ärzte, die über einen - vom Versicherer vermittelten - telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden - Not- oder Bereitschaftsarzte. <p>Sofern der Primärarzt die Weiterbehandlung durch einen Facharzt empfiehlt, der kein Primärarzt ist, ist dem Versicherer eine entsprechende Überweisung des Primärarztes zusammen mit der Rechnung des weiterbehandelnden Facharztes einzureichen.</p> <p>Hinweis: Ist die versicherte Person der Auffassung, dass bei ihren Beschwerden die sofortige Einschaltung eines Nicht-Primärarztes geboten ist, kann sie sich, statt einen Primärarzt aufzusuchen, auch an den Concierge Service des Versicherers wenden. Befürwortet dieser die direkte Behandlung durch einen Facharzt, wird unverzüglich eine diesbezügliche Bestätigung in Textform an die versicherte Person veranlasst, die der Überweisung durch den Primärarzt gleichgestellt ist.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✓ Ja, keine Kürzung um 20% bei Weiterbehandlung nach Überweisung durch einen Primärarzt oder bei fachärztlicher Behandlung mit Bestätigung des Concierge Services.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	Nein, es besteht eine zeitliche Befristung. Sofern die Behandlung über 6 Monate hinaus fortgesetzt werden muss, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Im Ausland gilt jeder Arzt, der wegen einer akut auftretenden Erkrankung während einer Auslandsreise aufgesucht wird, als Notarzt.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsarzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓ Ja, bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsarzte gilt das Primärarztprinzip nicht.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Primärarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzipes werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen sowie die im Zuge der Behandlung verordneten Arznei- und Verbandmittel um 20% gekürzt.
Gebührenordnung ambulant	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeföhrten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet. außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
Heilpraktiker	
- Heilpraktiker	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig. Dieser Leistungsausschluss umfasst neben der Behandlung auch durch einen Heilpraktiker verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	Keine Leistung vorhanden.
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh erstattungsfähig?	Keine Leistung vorhanden.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über Gebüh hinaus) erstattungsfähig?	Keine Leistung vorhanden.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	<p>✓ Naturmedizin durch Ärzte Erstattungsfähig sind gem. den Bestimmungen des Primärarztprinzips ärztliche Leistungen, die im Hufelandverzeichnis beschrieben sind. Für die Beurteilung der Erstattungsfähigkeit dieser ärztlichen Leistungen sowie der verordneten Arznei- und Verbandmittel findet § 4 (3) AVB/KKV (Anerkannte Behandlungen und Therapien) keine Anwendung.</p>
Vorsorge	
- über gesetzl. Programme hinaus?	✓ Erstattungsfähig sind ambulante Untersuchungen zu Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, ohne die dort festgelegten Altersbegrenzungen.
- Schutzimpfungen?	<p>✓ Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden. Nicht erstattungsfähig sind Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen und Schutzimpfungen, bei denen ein gesetzlicher Anspruch gegen den Arbeitgeber besteht.</p>
Heilmittel	
- Heilmittel-Definition	<p>✓ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie (auch akademische Sprachtherapeuten, klinische Linguisten) - Ergotherapie (auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) - Podologie (auch medizinische Fußpfleger) - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler). (- Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik).</p>
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 80% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✓ Der Eigenanteil für Heilmittel ist auf 400 EUR p. a. begrenzt.
- 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?	<p>Nein. Heilmittel, die von den in den AVB genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, soweit die in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden. Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik sind erstattungsfähig, sofern sie angemessen sind (sind sie nicht höher als diejenigen, die eine Hebammme/ein Entbindungsphysiologe nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten sie immer als angemessen).</p>
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

ottonova

Study Smart PVN

Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- Logopädie	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel	
Hilfsmittel	<p>✓ Der Bezug von Hilfsmitteln unterliegt nicht dem Primärarztprinzip.</p> <p>Erstattungsfähig sind Seh- und Hörhilfen, orthopädische Schuhe bzw. Schuhzurichtungen, Einlagen (max. 2 Paare innerhalb von 36 Monaten) und darüber hinaus Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel (z. B. Blutzuckermessgerät mit Sensorik sowie zugehörige Sensoren bei insulinpflichtigen Diabetikern, Blindenhund, Blindenlesegerät oder Sauerstoffversorgung), sofern sie Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten können.</p> <p>Notwendige Reparaturen und Wartungen erstattungsfähiger Hilfsmittel sowie Aufwendungen für die Unterweisung in deren Gebrauch werden ebenfalls übernommen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Stromkosten und Batterien), Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind, Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten.</p>
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	<p>✓ Hilfsmittel werden zu 100% erstattet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerstversorgung bezogen werden oder - nicht mehr als 500 EUR kosten oder - der zu erwartende Gesamtpreis für die Anschaffungskosten mehrfach innerhalb eines Kalenderjahres zu beziehender Hilfsmittel gleicher Art und Güte 500 EUR nicht übersteigt oder - bei einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR der Concierge-Service des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt wird. <p>In allen anderen Fällen erfolgt die Erstattung zu 60% (Seh- und Hörhilfen, orthopädische Schuhe/Schuhzurichtungen: s. nachstehende Leistungspunkte).</p>
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✓ Es fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 40% - an für Hilfsmittel mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR, die nicht im Rahmen einer unfall- bzw. notfallbedingten Erstversorgung bezogen oder ohne Absprache mit dem Versicherer angeschafft werden.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- 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)?	Bei Hilfsmitteln mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 EUR (außerhalb einer Unfall- oder Notfallerstversorgung) muss der Concierge-Service des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt werden, ansonsten reduziert sich die Erstattung auf 60%. Der Versicherer verpflichtet sich, das Hilfsmittel unverzüglich in medizinisch notwendiger Ausführung über einen Dienstleister zur Verfügung zu stellen oder, sollte dies nicht möglich ist, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel im Sanitätshaus seiner Wahl selbst beschaffen kann.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✓ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✓ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✓ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- Heimdialyse?	✓ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?	✓ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörhilfen werden bis 1.500 EUR je Ohr erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, werden die dafür erforderlichen Hörgeräte bis max. 4.000 EUR je Ohr vergütet.</p>
- Orthopädische Schuhe?	<p>✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Aufwendungen für orthopädische Schuhe* bzw. Schuhzurichtungen sind für max. 4 Paare innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.</p> <p>* Es wird ein pauschaler Eigenanteil für normales Schuhwerk von 100 EUR in Abzug gebracht.</p>
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✓ Die Kosten für einen Blindenhund (inkl. Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✓ Blindenlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körpersatzstücke?	✓ Körpersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✓ Ja, 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 €?	✓ Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) werden bis 100 EUR erstattet; sie können auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✓ Sehhilfen sind innerhalb von 60 Monaten erstattungsfähig.
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung	
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	Nein, Kosten für refraktive Chirurgie sind nicht erstattungsfähig.
Psychotherapie	
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig; das Primärarztprinzip muss nicht eingehalten werden.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	<p>Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Pro Versicherungsfall sind die ersten 25 Therapiestunden (inkl. probatorischer Sitzungen) zu 100% erstattungsfähig, darüber hinaus zu 50%.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✓ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Für nichtärztliche Psychotherapeuten wird nur nach Diagnosestellung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Neurologie geleistet. Zur Leistungserstattung ist die Diagnosestellung einzureichen (weitere Voraussetzungen beachten, § 4 (1) b) AVB/KKV).
Ambulante Transporte	
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✓ Krankenfahrten von oder zu einer ambulant durchgeführten Dialysebehandlung, einer Strahlen- oder Chemotherapie sind erstattungsfähig; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegen im Sinne der Bedingungen. Bei Nutzung eines privaten PKW gilt eine Pauschale von 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer. Der Versicherer ist berechtigt, bei sich wiederholenden Krankenfahrten die zukünftige Leistung unter den Vorbehalt zu stellen, dass die Krankenfahrt von ihm organisiert wird (VN wird vorab entsprechend informiert). Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✓ Krankenfahrten von oder zu einer ambulant durchgeführten Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegen im Sinne der Bedingungen. Bei der Nutzung eines privaten PKW gilt eine Pauschale von 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer. Der Versicherer ist berechtigt, bei sich wiederholenden Krankenfahrten die zukünftige Leistung unter den Vorbehalt zu stellen, dass die Krankenfahrt von ihm organisiert wird (VN wird vorab entsprechend informiert). Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstattungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen). Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Krankenfahrten von und zu einer ambulant durchgeführten - Operation - Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist sowie - bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeignete Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	s. vorherigen Leistungspunkt
- Ambulante Notfalltransporte?	✓ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte zur ambulanten Notfallbehandlung ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus und - im Rahmen eines Rettungstransportes - die Fahrtkosten des Notarztes.
Arznei-/Verbandmittel	
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✓ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. ⚠ Als Arzneimittel im Sinne der Bedingungen gelten auch Harn- und Blutteststreifen. Hinweis: Verordnete Arzneimittel zur Empfängnisverhütung werden vergütet, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist; der Versicherer ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

ottonova

Study Smart PVN

132,48 €

Monatsbeitrag:

**Erfüllungsgrad
Kundenwünsche:**

- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/ parenteral hinaus)? Als erstattungsfähige Arzneimittel im Sinne der Bedingungen gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden sowie enterale und parenterale Ernährung.

sonstiges

- medizinische Versorgungszentren?	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	Ja, Behandlungskosten in Krankenhaus- und Notfallambulanzen sind erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/ Krankenpflege?	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind, der vom Arzt verantwortet, aber nicht von ihm durchgeführt werden muss. Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung und besteht kein Anspruch gegenüber der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), sind darüber hinaus Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig. Es können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen GKV geschlossen haben. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen; andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte.
- Palliativversorgung?	Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung besteht Anspruch auf Leistungen durch ambulante Hospizdienste oder durch ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Es können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen GKV geschlossen haben (oder ambulante Hospizdienste, die von einer GKV gefördert werden). Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen; andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte.

Kurleistung ambulant

- Kuren ambulant?	Medizinisch notwendige (stationäre oder) ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann. Vergütet werden neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen. Die Aufwendungen für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung) sind in Summe innerhalb von 36 Monaten max. bis 1.500 EUR erstattungsfähig. Der Versicherer empfiehlt das Einholen einer Zusage vor Antritt der Maßnahme. Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) gehen dem Anspruch gegenüber ottonova vor.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	Ja. Es besteht keine Leistungseinschränkung für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Ambulant		
Sonstiges	<input checked="" type="checkbox"/> weitere Leistungen: - Soziotherapie, bis 120 Stunden innerhalb von 36 Monaten - notwendige Bergungen, bis 2.500 EUR pro Versicherungsfall - von einem Geburtshaus in Rechnung gestellte Aufwendungen.	Weitere Details/Leistungsvoraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Stationär	
- 1-Bettzimmer?	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	<input checked="" type="checkbox"/> Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	<input checked="" type="checkbox"/> Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja. Privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?	
Gebührenordnung Stationär	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	<input checked="" type="checkbox"/> Privatärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Die Erstattung für privatärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	<p>Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.</p> <p>außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen/Entbindungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.</p>
Privatkliniken	
Privatkliniken	<input checked="" type="checkbox"/> Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	<p>Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fällt, werden bei einer Behandlung in Deutschland (neben Belegarzt, Hebammme/Entbindungspfleger) max. 150% der Fallpauschale gem. KHEntG bzw. max. 150% der tagesgleichen Pflegesätze nach BPfIV erstattet.</p> <p>Bei einer Behandlung im Ausland gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Behandlungs- und Unterbringungskosten, die nicht durch die Leistungen "Unterbringung im 2-Bettzimmer, Wahl-, Privat- und Belegarzt, Hebammme/Entbindungspfleger" abgegolten werden. ⚠ Hinweis: Eigenbeteiligung von 150 EUR für jeden Tag eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus in Deutschland, für den der Versicherer leistungspflichtig ist (Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als volle Tage).</p>
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	<p>Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Gesondert berechenbare Unterkunft und privatärztliche Behandlungen werden erstattet - unter Berücksichtigung der Eigenbeteiligung (s. vorherigen Leistungspunkt).</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
Stationär		
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte von oder zur stationären Behandlung und - im Rahmen eines Rettungstransportes - die Fahrtkosten des Notarztes. <p>Medizinisch notwendige Krankenfahrten von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung im Krankenhaus sowie Krankenfahrten von oder zu einer vor- und nachstationären Behandlung werden ebenfalls vergütet; bei einer zurückgelegten Entfernung von nicht mehr als 100 km gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegen im Sinne der Bedingungen. Bei der Nutzung eines privaten PKW gilt eine Pauschale von 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer. Der Versicherer ist berechtigt, bei sich wiederholenden Krankenfahrten die zukünftige Leistung unter den Vorbehalt zu stellen, dass die Krankenfahrt von ihm organisiert wird (VN wird vorab entsprechend informiert). Sofern die Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport erstellungsfähig (zu den vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen).</p>	
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zahlung eines Ersatzkrankenhaustagegeldes bei akutstationären Krankenhausaufenthalten, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, von <ul style="list-style-type: none"> - 60 EUR, wenn während des gesamten Krankenaufenthalts keine privatärztlichen Leistungen (weder Wahl- noch Belegarzt) in Anspruch genommen werden und/oder - 20 EUR für jeden Tag, an dem keine gesondert berechenbare Unterbringung in Anspruch genommen wurde. 	
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn (es sich) <ul style="list-style-type: none"> - bei einer akutstationären Krankenhausbehandlung nicht vorwiegend um eine psychotherapeutische Behandlung handelt, - um eine Notfallbehandlung handelt oder - das Krankenhaus das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten ist oder - eine AHB durchgeführt wird (Versicherer empfiehlt dennoch das Einholen einer Zusage) oder - bei einer sonstigen Rehabilitation (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung), falls es sich nicht vorwiegend um eine psychotherapeutische Behandlung oder eine Entwöhnung handelt. 	
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstellungsfähig (in "gemischten Anstalten": s. vorherigen Leistungspunkt). 	
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ja. Leistungen für eine (teil-)stationäre Versorgung in Hospizen* sind erstellungsfähig. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen; andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstellungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen könnte. <p>* selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Behandlungen zu erbringen</p>	
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstellungsfähig?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		ottonova Study Smart PVN
Monatsbeitrag:		132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %
- Kuren stationär?		<p>✓ Medizinisch notwendige stationäre (oder ambulante) Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) sind zu 100% erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann. Umfasst sind sämtliche Leistungen gem. Buchstabe (G) (1) der Bedingungen: allgemeine Krankenhausleistungen, Wahl-, Privat-, Belegarzt, Hebamme/Entbindungs pfleger.</p> <p>Eine vorherige Zusage ist nur in gemischten Anstalten erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische Behandlung (oder eine Entwöhnung) handelt. Der Versicherer empfiehlt dennoch, stets die Kostenzusage bei ihm einzuholen.</p> <p>Aufwendungen für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung) sind in Summe innerhalb von 36 Monaten max. bis 1.500 EUR erstattungsfähig.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) gehen dem Anspruch gegenüber ottonova vor.</p>
Sonstiges		<p>✓ Eine stationäre zahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus allgemeinmedizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann. Es wird angeraten, das Vorliegen der stationären Indikation vor Behandlungsbeginn abzuklären.</p> <p>Bei stationärer Behandlung sind ärztliche Leistungen gem. den in den Tarifbedingungen genannten Regelungen "Ambulante zahnärztliche Behandlung" erstattungsfähig. Bezüglich der festgelegten Leistungsstaffel werden ambulant und stationär erbrachte zahnärztliche Leistungen sowie zahntechnische Leistungen zusammengerechnet, d. h. für den Erstattungsumfang ist es nicht maßgebend, ob die zahnärztliche Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde.</p> <p>Alle anderen im Rahmen einer stationären zahnärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen (insbesondere allgemeine Krankenhausleistungen und gesondert berechnete Unterbringung) werden zu 100% vergütet.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

ottonova

Study Smart PVN

Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
Zahn	
Zahnbehandlung (%)?	Aufwendungen für Zahnbehandlungen und die in der GOZ aufgeführten prophylaktischen Leistungen* werden zu 100% erstattet. * professionelle Zahncleingung 1x p. a., bis max. 80 EUR
Zahnersatz (%)?	Zahnersatz wird zu 70% erstattet. Erstattungsfähig sind sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen; bei metallischer Versorgung werden Keramikverblendungen bis einschl. Zahn 8 vergütet. Zu Zahnersatz (einschl. funktionsanalytischer/funktionstherapeutischer Maßnahmen) zählen auch die damit im Zusammenhang stehenden Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädische Leistungen werden ab KIG 3 (Kieferorthopädische Indikationsgruppe) zu 80% erstattet. ⚠️ Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die im Zusammenhang damit stehenden chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Hinweis: keine Erstattung für KIG 1 und 2 20%iger Eigenanteil (KIG 3-5) Bei vollständigem und erfolgreichen Abschluss (Bestätigung durch den Zahnarzt erforderlich) wird der Eigenanteil zurückerstattet.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✓ Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, sofern die versicherte Person zu Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. ⚠️ Hinweis: Keine Altersbegrenzung bei schweren Kieferanomalien, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordern.
Gebührenordnung Zahn	
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: innerhalb EWR: Der Versicherer verzichtet auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Sofern eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeföhrten Heilbehandlung existiert, sind die Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet. außerhalb EWR: Gezielte Heilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig (entsprechend taxmäßiger Vergütung bzw. zu den ortsüblichen Kosten), sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeföhr werden kann. Ohne Zusage bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

ottonova

Study Smart PVN

Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Zahn	
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/ Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind im Rahmen angemessener Preise erstattungsfähig.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	<input checked="" type="checkbox"/> Erstattungshöchstbeträge für Zahnersatz, Zahnbehandlung, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, Kieferorthopädie: - 500 EUR in den ersten 12 Monaten - 1.000 EUR in den ersten 24 Monaten - 1.500 EUR in den ersten 36 Monaten
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	<input checked="" type="checkbox"/> Erfolgt die Behandlung aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls, entfällt die Begrenzung. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden bei einer späteren unfallunabhängigen zahnärztlichen Behandlung nicht auf die Zahnstaffel angerechnet.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/> Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR für Zahnersatz, funktionsanalytische/ funktionstherapeutische Leistungen oder kieferorthopädische Maßnahmen empfohlen.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	<input checked="" type="checkbox"/> Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

ottonova

Study Smart PVN

Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	<input checked="" type="checkbox"/> Markteinführung: 08.2023
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (ambulante Operationen: 5 Jahre / Krebs: 10 Jahre).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre (Krebs: 10 Jahre).
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Der Versicherer fragt "Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?" 
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	Ausbildungstarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
Höhe garantierter BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierter BRE vor.
Höhe garantierter BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	
Höhe garantierter BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	
Höhe garantierter BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

ottonova

Study Smart PVN

Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwunsche:	100 %
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Es liegen keine Informationen zur erfolgsabhängigen BRE vor.
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	
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?	Keine Leistung vorhanden.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	Keine Leistung vorhanden.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigen Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	
Ausland	
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlungen in Ländern außerhalb des EWR. Befindet sich die versicherte Person mit Ablauf des 6. Reisemonats in unvorhergesehener stationärer Behandlung, besteht der Versicherungsschutz solange fort, bis sie die Rückreise bzw. den Rücktransport ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Sofern im jeweiligen Aufenthaltsland eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind Behandlungskosten im Ausland nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wird. Überführungskosten werden bis max. 10.000 EUR vergütet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfullungsgrad Kundenwünsche:	100 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja. Bei Auslandsaufenthalten von bis zu 6 Monaten innerhalb eines Kalenderjahres (oder bei Auslandsreisen < 1/2 Jahr (bei unvorhergesehener stationärer Behandlung auch länger)) bleibt der volle tarifliche Leistungsumfang erhalten.</p>
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p><input checked="" type="checkbox"/> Bei dauerhafter Verlegung (Auslandsaufenthalte von mehr als 6 Monaten innerhalb eines Kalenderjahres oder Auslandsreisen > 1/2 Jahr (s. auch vorherigen Leistungspunkt)) in einen anderen Staat des EWR bleibt der Versicherer ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte. Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb der ersten 6 Monate des Aufenthalts) kann in Texform vereinbart werden, dass - u. a. gegen Zahlung eines Auslandszuschlages (in der Regel 20% des Beitrages) ab dem 7. Monat - die Begrenzung entfällt (Erstattung erfolgt dann entsprechend taxmäßiger Vergütung/in ortüblicher Höhe).</p>
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	<p><input checked="" type="checkbox"/> Bei Verlegung außerhalb des EWR endet die Versicherung mit der Anzeige der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers, spätestens jedoch zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthalts (Versicherungsverhältnis kann dann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden).</p> <p>Auf Antrag des Versicherungsnehmers (innerhalb der ersten 6 Monate des Aufenthalts) kann in Texform vereinbart werden, dass das Versicherungsverhältnis - u. a. gegen Zahlung eines Auslandszuschlages (in der Regel 20% des Beitrages) ab dem 7. Monat - fortgeführt wird und eine Erstattung entsprechend der taxmäßigen Vergütung/in ortsüblicher Höhe erfolgt (weitere Details/Voraussetzungen sind den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen).</p>
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)?	
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/ Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
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> Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akutstationären Krankenhausaufenthalt innerhalb von 4 Wochen (aus medizinischen Gründen (z. B. nach stationärer Strahlentherapie) ggf. auch später) nach Beendigung des Krankenaufenthalts anschließt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen (medizinisch notwendige ambulante/stationäre AHB, sonstige Reha-Maßnahmen), sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Maßnahme*: Therapieaufwendungen und durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen - stationäre Maßnahme*: allgemeine Krankenhausleistungen, gesondert berechenbare Unterbringung im 2-Bettzimmer und wahl- oder privatärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen. <p>* Aufwendungen für sonstige Reha-Maßnahmen (nicht AHB) sind innerhalb von 36 Monaten bis insgesamt (inkl. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) max. 1.500 EUR erstattungsfähig.</p> <p>Ansprüche gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z. B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) gehen dem Anspruch gegenüber des Versicherers vor.</p>
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.
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?	 Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 Study Smart PVN
Monatsbeitrag:	132,48 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Der Erstattungsbetrag ist begrenzt; bei einer stationären Maßnahme in einer "gemischten Anstalt" ist zudem eine vorherige Zusage erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische Behandlung handelt.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag	
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen werden nicht erstattet.
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	Kosten einer künstlichen Befruchtung sind nicht erstattungsfähig.
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	Keine Leistung vorhanden.
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	<p>Erstattungsfähig sind digitale Gesundheitsanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e) SGB V (sog. "DiGA-Verzeichnis") aufgenommen sind. Dies gilt, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann. Die DiGA sind bis zur Höhe erstattungsfähig, wie sie von einer deutschen GKV erstattet werden (vergleiche Preise im DiGA-Verzeichnis).</p> <p>Voraussetzung für die Erstattung sind eine Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten und eine medizinisch notwendige Heilbehandlung.</p> <p>Nicht erstattungsfähig: Aufwendungen, die für die Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien) anfallen.</p>
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- bedingungsgemäß Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/ Geburtsschäden?	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, sind stets auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere angeborene körperliche Beeinträchtigungen (beispielsweise Behinderungen) vom Versicherungsschutz umfasst.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	<p>Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, sofern das Auswärtige Amt</p> <ul style="list-style-type: none"> - vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder - nach Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert ist, das Krisengebiet zu verlassen.
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.
Sonstiges	

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie

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

Jahr	ottonova Study Smart PVN
2022	178,32 €
2023	174,02 €
2024	174,02 €
2025	174,02 €