

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler

Holger Krause

Marienstr. 108a

32425 Minden

Mobil: 0172 - 88 10 777

E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Telefax: 0571 - 3 88 33 90

Vorschlag für eine private Krankenvollversicherung für Klaus Muster

Erstellt am 04.06.2012



Sehr geehrter Herr Muster,

vielen Dank für Ihr Interesse an folgendem Angebot.

Anbei erhalten Sie unseren Vorschlag für Ihre private Krankenversicherung.

Mit freundlichen Grüßen

Daten zur Person

Geschlecht:	männlich	Geburtsdatum:	07.01.1982
Status:	Versicherungsnehmer	Berufsgruppe:	Arbeitnehmer/in (BG A)

Tarifvorgaben

Versicherungsbeginn:	01.07.2012	Tarifgebiet:	West
Tarifarten:	Ambulant Stationär Zahn Krankentagegeld 120 € ab 43. Tag		

Tarifvorschlag

Wir möchten Ihnen folgende Tarife vorschlagen:

Versicherer:	Tarife:	Beitrag:
Allianz Private Krankenversicherungs-AG	AktiMed Best 90 PVN 471	499,93 €
HALLESCHE Krankenversicherung a.G.	NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	374,84 €
Alte Oldenburger Krankenversicherung AG	A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	445,92 €
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	Comfort + PIT PVN pro 043 v	477,35 €

Die einzelnen Tarife werden auf den folgenden Seiten ausführlich beschrieben und verglichen.

Gewünschte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte wurden bei der Analyse berücksichtigt:

Leistungspunkte Ambulant			
Selbstbeteiligung:			
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet	Ja.		
Haus-/Primärarztprinzip (HAP):			
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	Ja.	- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland	Ja.
- gilt nicht für Not- und Bereitschaftsärzte	Ja.		
Gebührenordnung ambulant:			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	Ja.	- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	Ja.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	Ja.		
Heilpraktiker:			
Heilpraktiker	Ja.	- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	Ja.
- mind. bis Höchstsatz GebÜH	Ja.		
Vorsorge:			
- über gesetzliche Programme	Ja.	- Schutzimpfungen	Ja.
Heilmittel:			
- keine pauschalen Beschränkungen	Ja.	- Logopädie durch Logopäden	Ja.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	Ja.		
Hilfsmittel:			
- offener Hilfsmittelkatalog	Ja.	- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	Ja.
- Atemmonitor (Heimgerät)	Ja.	- Herzmonitor (Heimgerät)	Ja.
- Beatmungsgerät (Heimgerät)	Ja.	- Heimdialysegerät	Ja.
- Krankenfahstühle ohne Summenbegrenzung	Ja.	- Hör-/Sprechgeräte	Ja.
- Orthopädische Schuhe	Ja.	- Blindenhund o. Blindenleitgerät	Ja.
- Blindenlese-/Vorlesegerät	Ja.	- Körperersatzstücke	Ja.
- Prothesen	Ja.	- Kunstaugen	Ja.
- Orthesen	Ja.		
Sehhilfen:			
Sehhilfen	Ja.	- Anspruch mind. alle 24 Monate	Ja.
Psychotherapie :			
Psychotherapie	Ja.	- ohne vorherige Zusage versichert	Ja.
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)	Ja.		
Ambulante Transporte:			
Ambulante Transporte	Ja.	- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	Ja.
- bei Gehunfähigkeit	Ja.	- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)	Ja.
- ambulante Notfalltransporte	Ja.		

Leistungspunkte Stationär			
Stationär:			
1-Bettzimmer	Ja.	2-Bettzimmer	Ja.
Wahlärztliche Behandlung/Spezialist	Ja.		
Gebührenordnung Stationär:			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	Ja.	- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	Ja.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	Ja.		
Anschlussreha (AHB):			
- AHB nach Zusage versichert	Ja.		
Stationär:			
Krankentransporte bis zum nächstgeeignetsten Krankenhaus	Ja.	Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt	Ja.
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	Ja.	Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	Ja.

Leistungspunkte Zahn**Zahn:**

- ohne Altersbeschränkung	Ja.	
---------------------------	-----	--

Gebührenordnung Zahn:

- GOZ mind. bis Höchstsatz (3,5)	Ja.	- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	Ja.
----------------------------------	-----	--	-----

- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	Ja.	
--	-----	--

Zahn:

Summenbegrenzung entfällt bei Unfall	Ja.	Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen	Ja.
--------------------------------------	-----	---	-----

Leistungspunkte Allgemein**Ausland:**

- Rücktransport aus dem Ausland	Ja.	Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	Ja.
---------------------------------	-----	--	-----


























Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	Ja.	
--	-----	--

Leistungspunkte Krankentagegeld


Keine Leistungspunkte berücksichtigt.

Leistungsübersicht


Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife. Die Leistungsstärke der Tarife in den einzelnen Bereiche wird durch die Anzahl der farbigen Balken wiedergespiegelt. Sollten wichtige Hinweise zu den Tarifen vorhanden sein, werden diese mit einem gelben Warnhinweis gekennzeichnet. Bitte lesen Sie dann diese Hinweise in den Tarifdetails nach.

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Ambulant	Stationär	Chefarzt	Zahn	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie	Erfüllte Vorgaben in %	
Allianz	AktiMed Best 90 PVN 471		499,93 €	249,97	500,00 (ASZ %)	291,63						100 %	85 %	85 %	97 %
Hallesche	NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43		374,84 €	187,42	600,00 (ASZ)	237,42						100 %	100 %	75 %	91 %
Alte Oldenburger	A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6		445,92 €	222,96	330,00 (A %)	250,46						100 %	80 %	80 %	91 %
Deutscher Ring	Comfort + PIT PVN pro 043 v		477,35 €	238,67	540,00 (A %)	283,67						100 %	80 %	80 %	93 %


Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Niedriger Leistungsumfang

 Umfangreicher Leistungsumfang

 Überdurchschnittlicher Leistungsumfang


























 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen


Effektivbeitrag: Der Effektivbeitrag ist der Krankenversicherungsbeitrag (bei Arbeitnehmern abzüglich des Arbeitsgeberzuschusses) plus 1/12 der jährlichen Selbstbeteiligung.

Leistungsübersicht Ambulant

Im folgenden wird die Leistungsstärke der Tarife im ambulanten Leistungsbereich verglichen.


Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	GOÄ / GOZ	Heilpraktiker	Heil-/Hilfsmittel	Psychotherapie	Vorsorge	Erfüllte Vorgaben in %
Allianz	AktiMed Best 90 PVN 471		499,93 €	249,97	500,00 (ASZ %)	291,63						97 %
Hallesche	NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43		374,84 €	187,42	600,00 (ASZ)	237,42						91 %
Alte Oldenburger	A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6		445,92 €	222,96	330,00 (A %)	250,46						91 %
Deutscher Ring	Comfort + PIT PVN pro 043 v		477,35 €	238,67	540,00 (A %)	283,67						93 %


Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke







 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer


A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen


Leistungsübersicht Tagegelder

Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife in den Leistungsbereichen Tagegelder:


Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbst- beteiligung €	Effektiv €	Kranken- tagegeld	Erfüllte Vorgaben in %
Allianz	AktiMed Best 90 PVN 471		499,93 €	249,97	500,00 (ASZ %)	291,63		97 %
Hallesche	NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43		374,84 €	187,42	600,00 (ASZ)	237,42		91 %
Alte Oldenburger	A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6		445,92 €	222,96	330,00 (A %)	250,46		91 %
Deutscher Ring	Comfort + PIT PVN pro 043 v		477,35 €	238,67	540,00 (A %)	283,67		93 %


Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke

 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

Tarifdetails

Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Tarif AktiMed Best 90: 411,94 € Kompakttarif Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie Selbstbehalt: 10% Selbstbeteiligung, max. 500,- € p.a.. Stand: 01.01.2012	Tarif JOKERflex: 3,50 € Optionsversicherung für Vollversicherte bis Alter 45 der HALLESCHE. Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der HALLESCHE gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine Beihilfe- Restkostenversicherung abschließen. Stand: 01.03.2009	Tarif A80: 199,35 € Ambulanter Tarif mit 20% Selbstbeteiligung, max. 330,- € p.a. Stand: 01.01.2012 Tarif ARK-E: 0,71 € Auslandsreisekrankenversiche- rung für Reisen bis zu 6 Wochen. Stand: 01.06.2006 Tarif K20: 105,69 € Stationärer Tarif: Erstattung der Regel- u. Wahlleistungen (2-Bett- Zimmer, Wahlarzt). Stand: 01.01.2012 Tarif KS: 3,06 € Differenzkosten 1-Bettzimmer Stand: 01.01.2010 Tarif PVN: 18,27 € Pflegepflichtversicherung. Stand: 01.01.2012 Tarif Z100/80: 59,08 € Zahntarif: 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Stand: 01.01.2010 Tarif KTV 6: 23,04 € Krankentagegeld ab dem 43. Tag in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der Alten Oldenburger. Stand: 01.01.2012 Gesetzlicher Zuschlag: 36,72 €	Tarif Comfort+: 373,89 € Kompakttarif mit 80% Erstattung bis 2.700,- € Rechnungsbetrag p.a., darüber 100% Erstattung für ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (1-Bett-Zimmer, Chefarzt), 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Pauschalleistung 390,- € p.a. anstelle Kostenersatz für Bagatellfälle (bis Alter 20: 130,- €). Stand: 01.01.2012 Tarif PIT: 18,69 € Zusatzbaustein für den Übertragungswert (portable Alterungsrückstellung für den Versichererwechsel). Bei Kindern ist der Abschluss dieses Tarifes nicht möglich! Stand: 01.01.2011 Tarif PVN: 19,11 € Pflegepflichtversicherung. Stand: 01.01.2012 Tarif pro 043 v: 26,40 € Krankentagegeld ab dem 43. Tag in Verbindung mit einer Vollversicherung beim Deutschen Ring. Stand: 01.01.2012 Gesetzlicher Zuschlag: 39,26 €
Tarif PVN: 18,96 € Pflegepflichtversicherung Stand: 01.01.2012	Tarif NK 2: 292,71 € Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung Zahn: 100% Zahnbehandlung & Zahnersatz bis 550 € p.a., darüber zu 75% 75% Kieferorthopädie Selbstbehalt: 600 € Selbsthalt p.a. Stand: 01.01.2012		
Tarif 471: 27,84 € Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer. Stand: 01.01.2012	Tarif PVN: 18,60 € Pflegepflichtversicherung. Stand: 01.01.2012		
Gesetzlicher Zuschlag: 41,19 €	Tarif URZ: 1,00 € Auslandsreise- Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Stand: 01.07.2008		
	Tarif KT 43: 29,76 €		

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
Holger Krause
E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
Telefax: 0571 - 3 88 33 90
Mobil: 0172 - 88 10 777

Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
	Krankentagegeld ab dem 43. Tag. Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden! Stand: 01.01.2012 Gesetzlicher Zuschlag: 29,27 €		

Nicht erfüllte Leistungsvorgaben:

Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
<p>Erfüllte Vorgaben: 97%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt: Zahn: Kieferorthopädie - Leistung nicht für alle Altersgruppen Summenbegrenzung ... Jahre(4)</p>	<p>Erfüllte Vorgaben: 91%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt: Selbstbeteiligung: Vorsorge wird nicht außerhalb des Selbstbehaltes erstattet Heilmittel: Erstattung in %:(Nur 80 %) Höhere Selbstbeteiligung pro Jahr in €:(unbegrenzt €) Hilfsmittel: Kein offener Hilfsmittelkatalog Sehhilfen: Erstattung €(Nur 260 €) Ambulante Transporte: Bis zum nächstgeeignetem Behandler nicht uneingeschränkt versichert Zahn: Summenbegrenzung ... Jahre(10)</p>	<p>Erfüllte Vorgaben: 91%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt: Gebührenordnung ambulant: Erstattung im Ausland max. auf deutschem Kostenniveau Ambulante Transporte: Bei Gehunfähigkeit nicht versichert Bis zum nächstgeeignetem Behandler nicht uneingeschränkt versichert Gebührenordnung Stationär: Erstattung im Ausland max. auf deutschem Kostenniveau Gebührenordnung Zahn: Erstattung nicht über die Höchstsätze hinaus Erstattung im Ausland max. auf deutschem Kostenniveau Ausland: Weltweiter Versicherungsschutz ... Monate:(Nur 3)</p>	<p>Erfüllte Vorgaben: 93%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt: Hilfsmittel: Kein offener Hilfsmittelkatalog Blindenlese-/Vorlesegerät nicht versichert Ambulante Transporte: Zur Chemotherapie und Dialyse nicht uneingeschränkt versichert Bis zum nächstgeeignetem Behandler nicht uneingeschränkt versichert Ambulante Notfalltransporte nicht uneingeschränkt versichert</p>

Hinweise und wichtige Informationen zu den Tarifen:

Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>Tarif AktiMed Best 90:</p> <p>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag:</p> <p><i>Allgemeines</i></p> <p>AktiMed Best 90: Künstliche Befruchtung: Leistung nur nach Zusage. Nach maximal zwei durch reproduktionsmedizinische Behandlungen herbeigeführten Geburten besteht kein weiterer Leistungsanspruch.</p>	<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>Tarif NK 2:</p> <p>Gebührenordnung ambulant:</p> <p><i>GOÄ ambulant</i></p> <p>Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Psychotherapie :</p> <p>- <i>ambulante Psychotherapie?</i></p> <p>20% Selbstbeteiligung bei Psychotherapie.</p> <p>Gebührenordnung Stationär:</p> <p><i>Gebührenordnung stationär</i></p> <p>Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Zahn:</p> <p>Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig</p> <p>Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig.</p> <p>Gebührenordnung Zahn:</p> <p><i>Gebührenordnung Zahn</i></p> <p>Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Tarif KT 43:</p>	<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>Tarif A80:</p> <p>Sehhilfen:</p> <p>- <i>Sind Sehhilfen erstattungsfähig?</i></p> <p>Brillen oder Kontaktlinsen sind bis 160,- EUR jährlich zu 100%, darüberhinaus zu einem Drittel erstattungsfähig.</p>	<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>Tarif Comfort+:</p> <p>Sehhilfen:</p> <p>- <i>Sind Sehhilfen erstattungsfähig?</i></p> <p>Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig. Individueller Beitragszuschlag, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung eine Sehhilfe benötigt wird.</p> <p>Ambulante Transporte:</p> <p>- <i>ambulante Krankentransporte?</i></p> <p>Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.</p> <p>Ausland:</p> <p><i>Ausland</i></p> <p>Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn für einen Monat, erst danach besteht unbegrenzter Versicherungsschutz.</p> <p>Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag:</p> <p><i>Allgemeines</i></p> <p>Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der eBR gelten dabei 75% des jeweils gezahlten jahresdurchschnittlichen Monatsbeitrags inkl. Zu- und Abschläge sowie des Portabilitätsbausteines PIT.</p>

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
Holger Krause
E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
Telefax: 0571 - 3 88 33 90
Mobil: 0172 - 88 10 777

Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
	<p>Krankentagegeld:</p> <p><i>Leistungen Krankentagegeld</i></p> <p>Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden!</p> <p><i>Leistungen Krankentagegeld</i></p> <p>Der Versicherer leistet auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu acht Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.</p>		

Leistungsvergleich Schnellübersicht:

Allgemeine Leistungspunkte				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Antragsfragen/Annahmerichtlinien				
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✓	✓	✓	✓
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?				
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✓		✓	✓
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	3	3		6
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	2	8	6	
Ausland				
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	6	unbegrenzt	3	unbegrenzt Hinweis: Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn für einen Monat, erst danach besteht unbegrenzter Versicherungsschutz.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✓	✓	✓	✓
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓	✓	✓	✓
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?				✓
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag				
Garantierte Beitragsrückerstattung?				✓

Allgemeine Leistungspunkte				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	2	1	2	¹ Hinweis: Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der eBR gelten dabei 75% des jeweils gezahlten jahresdurchschnittlichen Monatsbeitrags inkl. Zu- und Abschläge sowie des Portabilitätsbausteines PIT.
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung Wartezeiten?	✓			
- Zusatzleistungen bei Entbindung?				
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✓	✓	✓	✓
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?	✓	✓	✓	✓
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✓	✓	✓	✓
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?		✓		
Optionsrecht auf Höherversicherung				
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?		2		
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?		✓		
Option - gilt das Optionsrecht für eine ggf. mitversicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?		✓		

Allgemeine Leistungspunkte				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
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?		50		

Leistungspunkte Ambulant				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Selbstbeteiligung				
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	500 €	600 €	330 €	540 €
- Selbstbehalt nur ambulant?			✓	✓
- prozentualer Selbstbehalt?	✓		✓	✓
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?				
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✓		✓	✓
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)				
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✓	✓	✓	✓
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓	✓
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✓	✓	✓	✓
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	✓	✓	✓	✓
Gebührenordnung ambulant				
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓	✓	✓	✓
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht z.B. gezielte Behandlungen im Ausland)?	✓	Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.		✓
Heilpraktiker				
- Heilpraktiker	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	100 %	80 %	100 %	100 %
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	unbegrenzt	2080 €	unbegrenzt	unbegrenzt
- Hufelandverzeichnis und/oder alternativer Heilmethodenkatalog?	✓	✓	✓	✓
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓
Vorsorge				
- über gesetzl. Programme hinaus?	✓	✓	✓	✓
- Schutzimpfungen?	✓	✓	✓	✓
Heilmittel				
- Erstattung von Heilmitteln in %?	100 %	80 %	100 %	100 %
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. in €?	0 €	unbegrenzt	0 €	0 €
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.)?	✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf Preis-/Leistungsverzeichnis			✓	✓
- Logopädie	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel				
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	100 %	100 %	100 %	100 %
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	0 €	0 €	0 €	0 €
- offener Hilfsmittelkatalog?	✓		✓	
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?		✓	✓	
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Heimdialyse?	✓	✓	✓	✓
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung?	✓	✓	✓	✓
- Hör- u. Sprechgeräte?	✓	✓	✓	✓
- Orthopädische Schuhe?	✓	✓	✓	✓
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✓	✓	✓	✓
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✓	✓	✓	
- Körperersatzstücke?	✓	✓	✓	✓
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen?	✓	✓	✓	✓
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✓	✓	✓	✓
Sehhilfen				
- Sind Sehhilfen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	400 €	260 €	unbegrenzt Hinweis: Brillen oder Kontaktlinsen sind bis 160,- EUR jährlich zu 100%, darüberhinaus zu einem Drittel erstattungsfähig.	unbegrenzt Hinweis: Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig. Individueller Beitragszuschlag, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung eine Seehilfe benötigt wird.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie				
- ambulante Psychotherapie?	✓	✓	✓	✓
- ohne vorherige Zusage des Versicherers?	✓	✓	✓	✓
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	✓		✓	✓
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	30
Ambulante Transporte				
- ambulante Krankentransporte?	✓	✓	✓	✓
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✓	✓	✓	
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✓	✓		✓
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, oder der Versicherte gehfähig ist)?	✓			
- Ambulante Notfalltransporte?	✓	✓	✓	
Arznei-/Verbandmittel				
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✓	✓	✓	✓
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen?	✓	✓	✓	
Ambulant				
- medizinische Versorgungszentren?	✓	✓		
- Krankenhausambulanzen?	✓	✓		✓
- häusliche Behandlungspflege?				
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Stationär				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Stationär				
- 1-Bettzimmer?	✓	✓	✓	✓
- 2-Bettzimmer?	✓	✓	✓	✓
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓	✓	✓	✓
Gebührenordnung Stationär				
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓	✓	✓	✓
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht z.B. gezielte Behandlungen im Ausland)?	✓	✓ Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.		✓
Anschlussreha (AHB)				
- Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage?	✓	✓	✓	✓
- Anschlussheilbehandlungen bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) ohne vorherige Zusage?		✓	✓	✓
- Anschlussheilbehandlungen ohne vorherige Zusage?		✓	✓	✓
Stationär				
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✓	✓	✓	✓
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Stationär				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- gemischte Krankenanstalten - kundenfreundlichere Regelung als MB/KK (§4 MB/KK)?	✓	✓	✓	✓
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✓	✓	✓	✓
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?				
- Entziehungsmaßnahmen?		✓	✓	

Leistungspunkte Zahn				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Zahn				
Zahnbehandlung (%)?	100 %	100 % Hinweis: Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig	100 %	100 %
Zahnersatz (%)?	85 %	100 % Hinweis: Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig.	80 %	80 %
- Kieferorthopädie (%)?	85 %	75 %	80 %	80 %
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung?		✓	✓	✓
Gebührenordnung Zahn				
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓	✓	✓	✓
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✓	✓		✓
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht z.B. gezielte Behandlungen im Ausland)?	✓	✓ Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.		✓
Zahn				
- Verzicht auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis?		✓	✓	
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	4	10	3	3
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✓	✓	✓	✓
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?				
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✓	✓	✓	✓

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
Holger Krause
E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
Telefax: 0571 - 3 88 33 90
Mobil: 0172 - 88 10 777

Leistungspunkte Zahn				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✓	✓	✓	

Leistungspunkte Krankentagegeld				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Krankentagegeld				
Ist das Tagegeld bei Selbständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?		✓		✓
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	✓	✓	✓	✓
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht?		✓		
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	✓	✓	✓	✓
Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuss verzichtet?	✓	✓	✓	✓
Verzichtet der Versicherer auf Beitragszuschläge bei gefährlichen Berufen?	✓	✓	✓	✓
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?		✓	✓	✓
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?		✓		✓
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzl. Träger?		✓	✓	✓
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	✓	✓	✓	✓
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?				
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	✓			
Ist das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt?	✓	✓	✓	✓
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettogehalt versicherbar?		✓	✓	✓
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartenzeiten?		✓		✓
Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?		✓		
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit?			✓	✓

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
Holger Krause
E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
Telefax: 0571 - 3 88 33 90
Mobil: 0172 - 88 10 777

Leistungspunkte Krankentagegeld				
	Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?				✔
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?				

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
Holger Krause
E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
Telefax: 0571 - 3 88 33 90
Mobil: 0172 - 88 10 777

Leistungsvergleich Textübersicht

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen textuellen Vergleich der Leistungspunkte der vorgeschlagenen Tarife. Dieser Vergleich ersetzt nicht die originalen Dokumente des Versichers und dient somit nicht als Leistungsbeschreibung.

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
 Holger Krause
 E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
 32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
 Telefax: 0571 - 3 88 33 90
 Mobil: 0172 - 88 10 777

Allgemeine Leistungspunkte			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Antragsfragen/Annahmerichtlinien			
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?			
Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?			
Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 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.	Nein, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32: 5 Jahre).	K 20: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. A 80/100: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?			
Eine Annahme ist bei bis zu 3 fehlenden Zähnen möglich. 15, € Risikozuschlag je fehlendem Zahn, ab 4 Rückfrage beim Zahnarzt durch VR.	Bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss (Vereinbarung VG27) Ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung Ab 11 ersetzen/überkronen Zähnen: Ablehnung	Es liegen leider keine Informationen vor.	Ab 2 fehlende Zähne = Zahnstaffel Ab 7 fehlende Zähne = Ablehnung Ab 14 überkronen bzw. ersetzter Zähne älter als 5 Jahre = Ablehnung
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?			
Kinder sind ab dem 2. Lebensjahr alleine versicherbar. Zur Annahmeprüfung ist der U7-Untersuchungsbericht erforderlich.	Kinder sind erst ab dem 8. Lebensjahr alleine versicherbar.	Wird für Kinder, die bereits das 6. Lebensjahr vollendet haben, ein Antrag gestellt, ohne das ein Elternteil bereits bei der AO versichert ist oder sich gleichzeitig bei der AO versichern möchte, werden für die Gesundheitsprüfung folgende Unterlagen benötigt: - alle U-Berichte - aktueller zahnärztlicher Befundbericht	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.
Ausland			

Allgemeine Leistungspunkte			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?			
<p>Versicherungsschutz besteht auch während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung verlängert werden. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>	<p>NK 2: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.</p>	<p>K 20: Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu 3 Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden. A 80/100: Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu 3 Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden. Z 100/80: Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu 3 Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.</p>	<p>Der Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht zunächst für einen Monat. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht unbegrenzter Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50 % erhoben. Dauert ein Auslandsaufenthalt des Versicherungsnehmers länger als 3 Monate, so ist ein im Inland wohnender Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht.</p> <p>Hinweis: Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn für einen Monat, erst danach besteht unbegrenzter Versicherungsschutz.</p>
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?			
<p>Erstattungsfähig sind alle für den Erkrankten entstandenen Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport (einschließlich Ambulanzflugzeug) ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.</p>	<p>NK 2: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre.</p>	<p>Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig (Mehrkosten). Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000,- EUR. Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln ist erstattungsfähig.</p>	<p>Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.</p>

Allgemeine Leistungspunkte			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)			
Unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, erbringen der Versicherer – soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist – die tariflichen Leistungen. Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils ortsüblichen Aufwendungen zugrundegelegt.	Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (über 6 Monate hinaus) innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR ist die Fortsetzung möglich. Gegen einen vom Versicherer festgelegten Zuschlag entfällt die Begrenzung auf das deutsche Kostenniveau.	Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)			
Unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, erbringen der Versicherer – soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist – die tariflichen Leistungen. Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils ortsüblichen Aufwendungen zugrundegelegt.	Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (über 6 Monate hinaus) innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR ist die Fortsetzung möglich. Gegen einen vom Versicherer festgelegten Zuschlag entfällt die Begrenzung auf das deutsche Kostenniveau.	Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?			
Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.	Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb EU/EWR, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit Beitragszuschlag - fortgesetzt wird.	Ja, der Deutsche Ring verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Garantierte Beitragsrückerstattung?			
Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.	Es ist eine Beitragsrückerstattung (pauschale Abgeltung für Bagatellfälle) vertraglich garantiert. Für Erwachsene 390,- € und für Kinder 130,- € pro leistungsfreiem vollen Kalenderjahr.

Allgemeine Leistungspunkte			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?			
Werden keine Rechnungen eingereicht, erhält der Versicherte jeweils vom Jahresbeitrag - 15% für das erste leistungsfreie Jahr - 20% für das zweite leistungsfreie Jahr - 25% für das dritte leistungsfreie Jahr - 30% ab dem vierten leistungsfreien Jahr	Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 1,5 MB für 2 leistungsfreie KJ, 2 MB für 3 leistungsfreie KJ, 2,5 MB für 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 leistungsfreie KJ.. Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif.	Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (ambulant, stationär und Zahn) beträgt z.Zt. 2 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 3 MB für 2 leistungsfreie KJ, 4 MB für 3 leistungsfreie KJ. Vorsorge (ambulant GOÄ-Ziffern 23-29, 687, 688 sowie zahnärztlich GOZ-Ziffern 001, 100-102, 200, 405, 406) werden nicht auf die BRE angerechnet.	Es wird eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit im ambulanten- und zahnärztlichen Bereich in folgender Höhe ausgezahlt (gültig ab 2012): 1 leistungsfreies Jahr = 1 Monatsbeitrag 2 leistungsfreie Jahre = 2 Monatsbeiträge 3 leistungsfreie Jahre = 3 Monatsbeiträge 4 leistungsfreie Jahre = 4 Monatsbeiträge ab 5 leistungsfreie Jahre = 5 Monatsbeiträge. Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der eBR gelten dabei 75% des jeweils gezahlten jahresdurchschnittlichen Monatsbeitrags inkl. Zu- und Abschläge. Bei Abschluß wird ein BRE Anspruch auch anteilig für das erste Jahr erworben. Dieser kommt allerdings nur dann zur Auszahlung, wenn das darauffolgende ganze Kalenderjahr auch leistungsfrei ist. Der Portabilitätsbaustein PIT wird bei der BRE entsprechend berücksichtigt. Hinweis: Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der eBR gelten dabei 75% des jeweils gezahlten jahresdurchschnittlichen Monatsbeitrags inkl. Zu- und Abschläge sowie des Portabilitätsbausteines PIT.
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung Wartezeiten?			
Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.
- Zusatzleistungen bei Entbindung?			
Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	-	Keine Leistung vorhanden.	-

Allgemeine Leistungspunkte			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?			
Kein Versicherungsschutz für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.	Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)a MB/KK 2009 gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn a) für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Landes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1)a) MB/KK 2009.	K 20: Ja, sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs.1 a) MB/KK 2009. A 80/100: Ja, sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs.1 a) MB/KK 2009. Z 100/80: Ja, sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs.1 a) MB/KK 2009.	Der Versicherer verzichtet auf die sogenannte Kriegsklausel in den Bedingungen.

Allgemeine Leistungspunkte			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?			
Ja, wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann diese verlangen, dass der Versicherer den Antrag für die versicherte Person auf Abschluss einer Krankheitskostenversicherung annimmt, - bei der die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt, - die für den Neuzugang geöffnet ist und - maximal die gleichen Leistungsbereiche umfasst, wie die in der bei uns für die versicherte Person unterhaltenen substitutiven Krankheitskostenversicherung.	Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	Bei Kündigung nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.	Der Deutsche Ring verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfangs nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angebotener Anomalien/Geburtsschäden?			
Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	Ja, werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?			
Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	JOKERflex: Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der Halleschen gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder der Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen. NK 2: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Keine Leistung vorhanden.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.
Optionsrecht auf Höherversicherung			
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?			
-	Das Optionsrecht kann im Basistarif 18 Monate nach Versicherungsbeginn, ansonsten nach Ablauf des 3 oder 5 vollen Kalenderjahres zum 1. des Folgejahres ausgeübt werden.	-	-
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?			
-	Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	-	-

Allgemeine Leistungspunkte			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?			
-	Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	-	-
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?			
-	Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	-	-
Option - gilt das Optionsrecht für eine ggf. mitversicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?			
-	Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	-	-
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?			
-	Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	-	-
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?			
-	Das Optionsrecht kann bis zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Diese Option kann ausgeübt werden bei bestehendem Versicherungsschutz im Basistarif der HALLESCHE 18 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes im Basistarif.	-	-

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Selbstbeteiligung			
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?			
Der Tarif AktiMed Best sieht eine Selbstbeteiligung von 10% vom jeweiligen Erstattungsbetrag bis zu einem Maximalbetrag in Höhe von 500 EUR pro Person und Kalenderjahr für alle Tarifleistungen vor.	Die Selbstbeteiligung ist auf 600,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	Die Selbstbeteiligung beträgt 20% ist auf 330,- € pro Kalenderjahr begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, so ermäßigt sich der Betrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.	Die Erstattung beträgt 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.700,- € pro Kalenderjahr, darüber hinaus 100%. Der maximale Selbstbehalt beträgt somit 540,- € p.a..
- Selbstbehalt nur ambulant?			
Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.
- prozentualer Selbstbehalt?			
Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?			
Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?			
Für die im Verzeichnis zur Vorsorgepauschale (siehe Anlage Vorsorgepauschalen-Verzeichnis des Tarifs AM-B90) aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen besteht Anspruch auf die Zahlung einer Pauschale in der dort genannten Höhe und in den dort genannten Zeitintervallen. Die Vorsorgepauschale wird nach dem 30. Juni des Folgejahrs ausgezahlt.	Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen für Sehhilfen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	Vorsorgeuntersuchungen werden zwar generell auf die Selbstbeteiligung angerechnet sofern es sich um allgemeine Vorsorgeuntersuchungen handelt, welche unter einer ärztlichen, ambulanten Behandlung fällt. Der Tarif sieht allerdings einen sogenannten CheckUP vor bis zu 330,-€. Dieser wird zusätzlich einmal gezahlt, wenn bereits dreimal hintereinander die Pauschale für Bagatellfälle ausbezahlt wurde (Leistungsfreiheit).
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)			
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?			
Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?			
Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?			
Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?			
Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?			
Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
Gebührenordnung ambulant			
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?			
Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?			
Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht z.B. gezielte Behandlungen im Ausland)?			
Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.	Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
Heilpraktiker			
- Heilpraktiker			
Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?			
Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind zu 80% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?			
Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind zu 80% bis max. 2.600,- € Rechnungsbetrag p.a. erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Hufelandverzeichnis und/oder alternativer Heilmethodenkatalog?			
Es besteht ein umfangreicher Katalog der erstattungsfähigen Naturheilverfahren.	Leistung erfolgt prinzipiell bei folgenden Verfahren bzw. Präparaten: Homöopathie (in Reinform), homöopathische Medikamente, Präparate der Anthroposophie, Präparate der Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur (zur Schmerzbehandlung). Ferner wird für alle echten Naturheilverfahren wie Bewegungstherapie, Hydrotherapie, Atemwegtherapie, Klimatherapie, Ernährungstherapie, balneologische Behandlungsformen, Anwendung von Luft, Wasser und Kälte geleistet. Gibt es – wie insbesondere bei Krebs, Multipler Sklerose oder Aids – noch keine wissenschaftlich begründete Behandlungsform mit ausreichender Wirksamkeit, führen auch andere Verfahren der alternativen Medizin zu einem Leistungsanspruch.	Es besteht eine Positivliste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren.	Leistungen für alternative Heilmethoden: Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sind die Kosten für alle Untersuchungs und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel, die sich - gegebenenfalls in Analogie - aus der Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)ergeben, und Arzneimittel erstattungsfähig.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH. erstattungsfähig?			
Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.
Vorsorge			
- über gesetzl. Programme hinaus?			
Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Vorsorgeuntersuchungen sind bis zu 160,- EUR je Vorsorgeuntersuchung, darüberhinaus zu einem Drittel des tariflichen Erstattungsprozentsatzes. Hierzu zählen sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.	Ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme, erstattungsfähig. Zusätzlich wird ein "Checkup" bis 330 EUR ausbezahlt. Voraussetzung ist eine 3 jährige Leistungsfreiheit in Folge (pauschale Abgeltung von Bagatellfällen). Der CheckUp wird zudem (bei entsprechender Leistungsfreiheit) alle drei Jahre erstattet. Der CheckUp kann auch in einem Diagnose-Zentrum oder ähnlichen Einrichtungen erfolgen.

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Schutzimpfungen?			
100% der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden sowie Reiseimpfungen, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit sowie die Malariaphylaxe.	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.	Laut Aussage Alte Oldenburger werden generell alle medizinisch notwendigen Impfungen erstattet. Ausnahme ist die Reiseprophylaxe sowie Hepatitis-B Impfung bei nicht medizinischen Berufen.	Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen.
Heilmittel			
- Erstattung von Heilmitteln in %?			
Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 80% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?			
Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.)?			
Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf Preis-/Leistungsverzeichnis			
Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
- Logopädie			
Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
- Ergotherapie			
Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel			

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?			
Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet, wenn diese über den Versicherer bezogen werden.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?			
Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an, sofern diese über den Versicherer bezogen werden.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- offener Hilfsmittelkatalog?			
Offener Hilfsmittelkatalog bis auf summarische Begrenzungen (z.B. Hörhilfen, Sehhilfen, Perücken).	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Es besteht Versicherungsschutz für folgende medizinische Hilfsmittel: ...". Im Bereich der lebenserhaltenden Hilfsmittel ist der Hilfsmittelkatalog nicht als geschlossen anzusehen.	Offener Hilfsmittelkatalog im Bereich der technischen Hilfsmittel. "Hilfsmittel: Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen,..."	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Folgende Hilfsmittel ..."
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?			
Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?			
Hilfsmittel sind zu 80% erstattungsfähig, wenn sie nicht über die Allianz bezogen werden. 100% Erstattung bei bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Bandagen, Blutdruckmeßgeräte, Blutzuckermeßgeräte, orthopädische Einlagen...) oder sofern der Bezug über die Allianz nicht möglich ist.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. nach Möglichkeit werden jedoch vom Versicherer Hilfsmittel leihweise überlassen.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Bei bestimmten Hilfsmitteln (Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte, Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs-/Herzüberwachungsmonitore und lebenserhaltenden Hilfsmitteln ist eine vorherige Leistungszusage erforderlich. Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutschen Ring eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutschen Rings angefallen wären.
- Atemmonitore (Heimgerät)?			
Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Herzmonitore (Heimgerät)?			
Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?			
Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?			
Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse sind erstattungsfähig
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung?			
Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?			
Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. Hörhilfen, jedoch maximal 2.000 EUR pro Hörhilfe. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpaßstücke (Otoplastik).	Hörgeräte, künstliche Kehlköpfe und Kommunikationshilfe (Sprachausgabegeräte) sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?			
Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?			
Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	Die Kosten für die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunde sind erstattungsfähig.	Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?			
Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.	Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.
- Körperersatzstücke?			
Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?			
Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
- Kunstaugen?			
Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?			
Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.
Sehhilfen			
- Sind Sehhilfen erstattungsfähig?			
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?			
100% der Aufwendungen, maximal 400 EUR innerhalb von 24 Monaten. Erstattungsfähig sind Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.	Brillen und Kontaktlinsen: erstattungsfähig sind zu 100% die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR für eine Sehhilfe.	Brillen oder Kontaktlinsen sind bis 160,- EUR jährlich zu 100%, darüberhinaus zu einem Drittel erstattungsfähig. Hinweis: Brillen oder Kontaktlinsen sind bis 160,- EUR jährlich zu 100%, darüberhinaus zu einem Drittel erstattungsfähig.	Brillengläser(Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung)sind zu 100% erstattungsfähig. Brillenfassungen sind bis zu 125,- EUR Rechnungsbetrag erstattungsfähig. Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig. Kontaktlinsen-Pflegemittel und Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig. Individueller Beitragszuschlag, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung eine Sehhilfe benötigt wird.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?			
Erstattungsfähig sind 400 EUR innerhalb von 24 Monaten. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungshöhe werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen der letzten 24 Monate berücksichtigt.	Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe.	Sehhilfen sind einmal pro Versicherungsjahr erstattungsfähig.	Brillen sind erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.
Psychotherapie			

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- ambulante Psychotherapie?			
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
- ohne vorherige Zusage des Versicherers?			
Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Im Delegationsverfahren jedoch nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungenje Kalenderjahr ohne Zustimmung des Versicherers.
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?			
Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig (für approbierter Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind und über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen).	Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig, jedoch nur nach vorheriger schriftl. Zusage durch den Versicherer.	Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden erbracht, wenn eine fachärztliche Feststellung der Erkrankung erfolgte. Neben ärztlichen Leistungen können dann auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn – nach maximal 5 probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage erteilt hat.	Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?			
Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: NK 2: 20% Selbstbeteiligung bei Psychotherapie.	Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?			
Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung zu 80% erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	Psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungenje Kalenderjahr.
Ambulante Transporte			

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- ambulante Krankentransporte?			
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?			
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ambulanter Dialyse, bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhaus.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahrtauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig. Hinweis: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?			
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhaus.	Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, oder der Versicherte gehfähig ist)?			
Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für Transporte; Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal, sowie	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?			
100% der Aufwendungen für Transporte; Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.	Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall.	Nein, Fahrt-/Transportkosten zur ambulanten Notfallbehandlung (ohne stationäre Weiterbehandlung) sind nicht erstattungsfähig (nur bei Gehunfähigkeit).
Arznei-/Verbandmittel			
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?			
Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen?			
Diätetische Nährstoffe sind erstattungsfähig, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mucoviszidose zu vermeiden.	Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen erstattungsfähig.	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung bei liegender Sonde (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.
Ambulant			
- medizinische Versorgungszentren?			
Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	Nein, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist nicht erstattungsfähig.	Nein, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist nicht erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?			
Ja, die Behandlung in Krankenhaus-Notfallambulanzen ist erstattungsfähig.	Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	Nein, die Erstattung von Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen ist nicht in den Bedingungen aufgeführt.	Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungspflege?			
Nein, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind nicht erstattungsfähig.	Nein, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind nicht erstattungsfähig.	Nein, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind nicht erstattungsfähig.	Nein, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind nicht erstattungsfähig.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?			
Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Leistungspunkte Stationär			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Stationär			
- 1-Bettzimmer?			
Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?			
Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?			
Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.
Gebührenordnung Stationär			
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?			
Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?			
Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht z.B. gezielte Behandlungen im Ausland)?			
Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.	Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
Anschlussreha (AHB)			

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
 Holger Krause
 E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
 32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
 Telefax: 0571 - 3 88 33 90
 Mobil: 0172 - 88 10 777

Leistungspunkte Stationär			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage?			
Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig. .	Ja, die Hallesche verzichtet auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.	K 20: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde. K S: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde.	Ja, es wird für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden.
- Anschlussheilbehandlungen bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) ohne vorherige Zusage?			
Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig (unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung).	Ja, die Hallesche verzichtet auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.	K 20: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde. K S: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde.	Für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB) wird auch ohne Beschränkung auf bestimmte Diagnose geleistet (ggf. weitere Voraussetzungen beachten).

Leistungspunkte Stationär			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Anschlussheilbehandlungen ohne vorherige Zusage?			
Nein, die Kostenübernahme für Anschlussheilbehandlungen ist nicht explizit in der Versicherungsbedingungen aufgeführt (unter bestimmten Voraussetzungen besteht aber ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung).	Ja, die Hallesche verzichtet auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.	K 20: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde. K S: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind erstattungsfähig, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde.	Ja, es wird abweichend von §4 Absatz 5 MB/KK 2008 für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden.
Stationär			
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?			
Erstattungsfähig sind Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.	Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen behandlungsfähigen Krankenhaus ist erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).
- Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?			
Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 60,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 30,- € gezahlt. Für versicherte Personen bis vollendetes 16. Lebensjahr beträgt das ersatzweise Krankenhaustagegeld jeweils die Hälfte.	Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 26,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 26,00 € gezahlt.	K 20: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 16,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 32,00 € gezahlt. K S: Bei Unterkunft im 2-Bett-Zimmer werden 16,- € pro Tag gezahlt.	Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden statt dessen 32,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt. Wurde kein Honorar für privatärztliche Behandlung berechnet, so werden statt dessen 30 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?			
Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer jedoch unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.	Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.

Leistungspunkte Stationär			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- gemischte Krankenanstalten - kundenfreundlichere Regelung als MB/KK (§4 MB/KK)?			
Ja, auf das Erfordernis einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage beruft sich der Versicherer nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls (z.B. akut lebensbedrohlicher Zustand) medizinisch notwendig ist und das Krankenhaus für diese Behandlung das einzige, nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist. Bei Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.	Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.	K 20: Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: a) es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde; b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte; c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war; d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. K S: Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: a) es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde; b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte; c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war; d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.	Ja, der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten (auch dann, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt); b) medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; c) es sich um eine Notfalleinweisung handelte; d) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war; e) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?			
Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	K 20: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig K S: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
 Holger Krause
 E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
 32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
 Telefax: 0571 - 3 88 33 90
 Mobil: 0172 - 88 10 777

Leistungspunkte Stationär			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?			
Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.
- Entziehungsmaßnahmen?			
Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen werden nicht übernommen.	Hat die versicherte Person keinen anderw. Anspruch auf Kostenerstattung/Sachleistung, werden bei der 1. stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme Kosten übernommen, wenn der VR dies vor Beginn der Maßnahme schriftl. zugesagt hat.	Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme ein Kostenzuschuss von 80% der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.	Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.

Leistungspunkte Zahn			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Zahn			
Zahnbehandlung (%)?			
Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig Hinweis: Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?			
Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig Hinweis: Zahnbehandlung und Zahnersatz ist bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 550,- € zu 100%, darüber hinaus zu 75% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?			
Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung?			
Kieferorthopädie ist bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erstattungsfähig. Bei Unfall entfällt die Beschränkung auf das 21. Lebensjahr. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (z.B. Biß auf einen Kirsch kern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn			
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?			
Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?			
Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.

Leistungspunkte Zahn			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht z.B. gezielte Behandlungen im Ausland)?			
Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.	Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen. Hinweis: Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland in Notfällen und wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
Zahn			
- Verzicht auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis?			
Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden: Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?			
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge: Erstattung von insgesamt 1.000 EUR während der ersten 12 Monate, 2.000 EUR während der ersten 24 Monate, 3.000 EUR während der ersten 36 Monate 4.000 EUR während der ersten 48 Monate.	Summenbegrenzung für Zahnbehandlung und Zahnersatz: 1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr, 2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr, 3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr, 5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr, 7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr, unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr.	Summenbegrenzung für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie: 1.000 € im 1. Kalenderjahr, 1.500 € im 1. bis 2. Kalenderjahr, 2.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr, unbegrenzt ab dem 4. Kalenderjahr.	Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung (Zahnbehandlung und Zahnersatz/Kieferorthopädie) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar 3.000,- EUR im 1. Versicherungsjahr 4.200,- EUR im 2. Versicherungsjahr 5.400,- EUR im 3. Versicherungsjahr unbegrenzt ab dem 4. Kalenderjahr.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?			
Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.

KRAUSE - unabhängiger Versicherungsmakler
 Holger Krause
 E-Mail: krause@krause-versicherungen.de

Marienstr. 108a
 32425 Minden

Telefon: 0571 - 3 88 33 89
 Telefax: 0571 - 3 88 33 90
 Mobil: 0172 - 88 10 777

Leistungspunkte Zahn			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?			
Bei Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytischen und therapeutischen Leistungen einschließlich Aufbißbehelfen und Schienen, Kieferorthopädie sowie zahntechnischen Leistungen ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2.500 EUR übersteigen.	Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag in Höhe von 2.500,- € erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung der über 2.500,- € hinausgehenden Kosten um 50%. Bei Implantaten ist generell ein Heil- u. Kostenplan erforderlich, sonst Kürzung der Erstattung um 50%.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung auf 60%.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie (auch stationär) ist ein Heil- und Kostenplan ab einem Rechnungsbetrag in Höhe von 3.500 € erforderlich. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 3.500 € hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?			
Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?			
Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.

Leistungspunkte Krankentagegeld			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Krankentagegeld			
Ist das Tagegeld bei Selbständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?			
Nein, das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.	Ja, das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt: Bei Selbständigen und Freiberuflern: Einnahmen aus Berufstätigkeit abzüglich Wareneinsatz, Betriebsausgaben, Einkommen- und Kirchensteuer sowie Solidaritätsbeitrag. Bei niedergelassenen Medizinern/Zahnärzten: 70% der Praxis-/Honorareinnahmen.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Ja, als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei Selbständigen: 80 % des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG) aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb. Solange nach Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit das Nettoeinkommen noch nicht aus einem Einkommensteuerbescheid hergeleitet werden kann, ist ein aufgrund von Erfahrungswerten einvernehmlich geschätzter Wert maßgebend.
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?			
Bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit kann eine prozentual entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragt werden. Hierbei wird auf die Wartezeiten sowie eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Einkommenserhöhung zum nächsten Monatsersten gestellt wird.	Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden.	Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle drei Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 30,- das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt.	Kann der Versicherungsnehmer eine Verbesserung des Nettoeinkommens nachweisen, so kann er ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von drei Monaten ab der frühestmöglichen Nachweismöglichkeit den bestehenden Versicherungsschutz maximal um diese Verbesserung anpassen. Der Deutsche Ring bietet den Versicherungsnehmern eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes (ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten) an, wenn sich seit der letzten Anpassung die durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte der Arbeiter und Angestellten um mehr als 10% verändert haben.
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht?			
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Das außerordentliche Kündigungsrecht ist nicht eingeschränkt, solange für die versicherte Person kein Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Arbeitgebers besteht.	Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsrecht nach §14 Abs. 1 MB/KT, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Deutschen Ring besteht.

Leistungspunkte Krankentagegeld			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?			
Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Aufschubzeit (Karenzzeit) angerechnet.	In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.	Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.	Wird innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit auf die Karenzzeit angerechnet.
Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuss verzichtet?			
Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.
Verzichtet der Versicherer auf Beitragszuschläge bei gefährlichen Berufen?			
Es werden keine Beitragszuschläge für gefährliche Berufe erhoben.	Es werden keine Beitragszuschläge für gefährliche Berufe erhoben.	Es werden keine Beitragszuschläge für gefährliche Berufe erhoben.	Es werden keine Beitragszuschläge für gefährliche Berufe erhoben.
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?			
Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenanspruch gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist noch nicht entschieden, so wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles das Versicherungsverhältnis nicht beendet; nach Ablauf dieser Frist wird 50% des versicherten Krankentagegeldes, max. 25 € je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person den Rentenbescheid o. den Bescheid über die Ablehnung des Rentenanspruchs erhält, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.	Besteht bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person spätestens nach Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Buchstabe b MB/KT 94 liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Leistungspunkte Krankentagegeld			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?			
Es wird nicht über die Regelungen der MB/KT hinaus geleistet. Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 Buchstabe a) MB/KT 94 auf neun Monate. Dauert die Arbeitslosigkeit länger, so wird nach Ablauf der neun Monate bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber für drei weitere Monate, 50% des versicherten Tagegeldes gezahlt, jedoch höchstens 25 € täglich. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis.	Es wird nicht über die Regelungen der MB/KT hinaus geleistet. Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 6 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzl. Träger?			
Bei Kur-, Sanatoriums- oder Reha-Maßnahmen wird nicht geleistet.	Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers.	Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt werden die Leistungen auch bei notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbracht, wenn die Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Versicherer schriftlich aufgrund eines ärztlichen Attestes anerkannt worden ist.	Der Deutsche Ring zahlt Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während der Rehabilitationsmaßnahmen nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn und soweit der Deutsche Ring die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat.
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?			
Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Diese Leistungseinschränkung gemäß gilt nur während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote; außerhalb dieses Zeitraumes wird Krankentagegeld in tariflichem Umfang gezahlt.	Leistungspflicht besteht auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Ausgenommen ist der Zeitraum während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	Es besteht ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.	Der Deutsche Ring zahlt das Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt beruht.
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?			
Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.

Leistungspunkte Krankentagegeld			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)			
Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).	Der nahtlose Übergang Krankentagegeld-Berufsunfähigkeitsversicherung ist nicht mehr vertraglich geregelt (Stand 03.2012).	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.
Ist das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt?			
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsrecht nach §14 Abs. 1 MB/KT 94, solange für die versicherte Person Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.	Der Deutsche Ring wird das in den ersten drei Versicherungsjahren bestehende ordentliche Kündigungsrecht nicht ausüben, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Deutschen Ring besteht.
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettoeinkommen versicherbar?			
Nein, das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.	Ja, Einkommensberechnung für Krankentagegeld: Das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt: Bei Arbeitnehmern: 80 % des Jahresbruttoeinkommens inkl. Sonderzahlungen.	Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei Arbeitnehmern: 1/12 des jährlichen Nettoeinkommens zuzüglich der Beiträge für die Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. gleichzusetzende berufsständische Versorgungswerke (Bemessungsgrundlage sind 80% des Arbeitsentgeltes, max. 80% der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung).	Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei Arbeitnehmern: 80 % des Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit.
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten?			
Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Verkürzungen der Karenzzeit keine Wartezeiten einzuhalten (in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der HALLESCHEN). Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.	Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Der Deutsche Ring verzichtet bei beruflich bedingter Verkürzung der Karenzzeit auf eine Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, sofern die neue verkürzte Karenzzeit drei Wochen nicht unterschreitet und grundsätzliche Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

Leistungspunkte Krankentagegeld			
Allianz AktiMed Best 90 PVN 471	Hallesche NK 2 JOKERflex URZ PVN KT 43	Alte Oldenburger A 80/100 K 20 K S Z 100/80 ARK-E PVN KTV 6	Deutscher Ring Comfort + PIT PVN pro 043 v
Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?			
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt; für Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.	Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt; über besondere Vereinbarungen kann der Versicherungsschutz im europäischen und auf das außereuropäische Ausland ausgedehnt werden.	Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt; für Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.	Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen u. außereuropäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für den Aufenthalt im europäischen Ausland können weitergehende besondere Vereinbarungen getroffen werden.
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit?			
-	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine generelle Leistungspflicht aus diesem Tarif. Der Versicherer leistet auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu acht Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht. Hinweis: Der Versicherer leistet auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu acht Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.	Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. dreimonatiger Dauer, für die die ALTE OLDENBURGER (AO) Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit, zahlt die AO für längstens 91 Tage die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Teilarbeitsunfähigkeit (AU) im Sinne dieser Bestimmung liegt vor, solange eine AU von mindestens 50 % besteht, die stufenweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit mediz. angezeigt ist u. ärztlich bescheinigt wird.	Ja, besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt der Deutsche Ring die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?			
Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Ja, solange nach Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit das Nettoeinkommen noch nicht aus einem Einkommensteuerbescheid hergeleitet werden kann, ist ein aufgrund von Erfahrungswerten einvernehmlich geschätzter Wert maßgebend.
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?			
-	-	-	-

Beitragshistorie (grafisch):

