

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

Wünsche und Bedürfnisse für Max Mustermann

Beruf	Freiberufler / Übersetzer	Geburtsdatum	01.01.1975
Status	freiwillig versichert - Vollversicherung	Neubeginn	01.07.2008
Geschlecht	männlich		

Die Marktübersicht basiert auf Ihren persönlichen Angaben, die aus den dieser Analyse zugrundeliegenden Wünschen und Bedürfnissen sowie der Gesellschaftsübersicht ersichtlich sind. Bitte prüfen Sie die Analyse entsprechend auf Vollständigkeit.

Tarifart	Leistungsumfang
Ambulant:	Selbstbehalt im Bereich von € 0 bis € 2000
Stationär:	2-Bettzimmer mit Privatarzt
Zahn:	im Prozentbereich von 90-100/75-100/0-100
Krankentagegeld:	Krankentagegeld ab 29. Tag = 4. Woche € 50 Krankentagegeld ab 43. Tag = 6. Woche € 60
Pflegeversicherung:	private Pflege-Pflicht-Versicherung
Tarifsysteme:	Normaltarife, Kompakttarife, Prozenttarife, Tarife mit Hausarzt-/Primärarztprinzip, Einsteigertarife mit Optionsrecht

Durch den Berater vorgenommene Einstellungen:

- Optimaler Beitrag pro Tarifsystem einer Gesellschaft:
Tarifkombinationen mit dem jeweils günstigsten Monatsbeitrag + 1/12 Selbstbehalt
- Monatsbeitrag im Bereich von € 0 bis maximal € 1000 (€ 0,00 - 1000,00)
- Spezielle Tarife für neue Bundesländer nicht berücksichtigt

Berücksichtigte Leistungskriterien:

Alkoholklausel (KTG) § 5 (1) c - Alt. Heilmethoden § 4 (6) - Anzeigepflicht (KTG) §14(2) - Arbeitslos u. KTG § 15a - Arznei/Verbandmittel § 4 (3) - Berufskrankheiten (KTG) - Berufsunfähigkeit (KTG) § 15 b - Brillen / Sehhilfen § 4 (3) - Entfällt Summenbeg. bei Unfall - GOÄ-Ärzte Amb. darüber § 4 (2) - GOÄ-Ärzte Ambulant §4(2) - GOÄ-Ärzte Stat. darüber § 4(2) - GOÄ-Ärzte Stationär §4(2) - GOZ-Zahnärzte § 4 (2) - GOZ-Zahnärzte darüber § 4 (2) - Heil und Kostenplan - Heilmittel § 4 (3) - Heilpraktiker § 4 (2) - Hilfsmittel § 4 (3) - Implantate § 1 (2) - Inlays § 1 (2) - Karenzzeit KTG § 1 (2) - KTG bei Kuren § 5 g - Kündigungsverzicht KTG § 14(1) - Kurort-Behandlung § 5 (1) e - Leistungsdauer KTG §4(1) - Mutterschutz (KTG) § 5 (1) d/e - Psychotherapie § 4 (2) - Selbstbehalt gilt für - Stationäre Unterkunft §4(4) - Summenbegrenzung Zahn - Transportkosten im Inland - Übertritt aus GKV(KTG) § 3 (5) - Vorsorgeuntersuchung § 1 (2) b - Zahnleistung - Erstattung in %

Berücksichtigte Leistungsschwerpunkte / K.O.-Kriterien:

Keine

Nicht berücksichtigte Leistungskriterien:

Beitragsrückerstattung Höhe - Wartezeiterlaß von PKV zu PKV -

Haftung:

Die Datenbasis der KVpro.de KV-Beratungssoftware wurde mit größter Sorgfalt erstellt, eine Haftung für die Richtigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Als verbindlich gelten ausschließlich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB Teil 1 + 2 und die Tarifbedingungen Teil 3 der jeweiligen Gesellschaft sowie die schriftlichen Zusagen der Versicherer.

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Analyse für Max Mustermann

Beruf	Freiberufler / Übersetzer	Geburtsdatum	01.01.1975
Status	freiwillig versichert - Vollversicherung	Neubeginn	01.07.2008
Geschlecht	männlich		

Tagessätze: Krankentagegeld 1 EUR 50 Krankentagegeld 2 EUR 60

Die Marktübersicht basiert auf Ihren persönlichen Angaben, die aus den dieser Analyse zugrundeliegenden Wünschen und Bedürfnissen sowie der Gesellschaftsübersicht ersichtlich sind. Bitte prüfen Sie die Analyse entsprechend auf Vollständigkeit.

Währung: €

Gesellschaft	TS	EA	Tarife	RT	MB	SB	MB+SB
SDK	N	33	A109, S102, AZ75, TA4, TA6, PPN	B	308,60	1320	418,60

35 Gesellschaften mit 153 Tarifkombinationen berechnet.

Abkürzungen: TS = Tarifsysteem; EA = Eintrittsalter; MB = Monatsbeitrag; SB = Selbstbehalt; MB+SB = Monatsbeitrag + 1/12 SB; RT = Leistungs-Rating

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Beruf Freiberufler / Übersetzer**Status** freiwillig versichert - Vollversicherung**Geschlecht** männlich**Geburtsdatum** 01.01.1975**Neubeginn** 01.07.2008

Der Vorschlag basiert auf Ihren persönlichen Angaben und Wünschen. Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB Teil 3 der Gesellschaften Allianz, Nürnberger und SDK.

Allianz	EA 33	Währung: €	Nürnberger	EA 33	Währung: €	SDK	EA 33	Währung: €
Tarif		Tarifbeitrag	Tarif		Tarifbeitrag	Tarif		Tarifbeitrag
AktiMedPlus90P (BAP 01/08) Primärarztprinzip, Pflegepauschale, 90% Erstattung bis max. 500€ SB Heilpraktiker Zwei-Bettzimmer mit Privatarzt, Auslandsschutz		210,57	TOP2 (BAP 01/08) Ambulant mit SB für ASZ € 600 Psychoth., Heilpraktiker, Option, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel SZ2 (BAP 01/08) 2-Bett+Privatarzt (aus SZ2), Mehrbettzimmer mit Belegarzt (aus TOP/TOP2)		148,57	A109 (BAP 01/08) Amb. mit festem SB von € 1320 für Ambulant und Zahn		83,93
ZB 100% - ZE 75% - KfO 75% bis zum 21. Lebensjahr , Inlays			TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05) 100 % ZB, 80 % ZE, 80 % KfO, Summenbegrenzung in den ersten 5 J. , bis GOZ-Regelhöchstsat		28,60	S102 (BAP 01/08) Zwei-Bettzimmer mit Privatarzt, bis zu GOÄ-Höchstsat, Krankentransport Rücktransport aus dem Ausland		114,25
					12,64	AZ75 (BAP 01/08) 100% ZB+ZE+KfO bis 1300 EUR darüber 75%, SB aus Tarif A beachten!		22,95
Beitrag KKV		210,57	Beitrag KKV		189,81	Beitrag KKV		221,13
463 (BAP 01/08) 50 EUR Tagegeld ab dem 29.Tag		24,50	TS4 (BAP 01/08) 50 EUR Tagegeld ab dem 29.Tag		29,00	TA4 (BAP 01/08) 50 EUR Tagegeld ab 29.Tag i.V.KK		30,00
467 (BAP 01/08) 60 EUR Tagegeld ab dem 43.Tag		23,04	TS6 (BAP 01/08) 60 EUR Tagegeld ab dem 43.Tag		24,72	TA6 (BAP 01/08) 60 EUR Tagegeld ab 43.Tag i.V.KK		16,20
Beitrag KHT und KTG		47,54	Beitrag KHT und KTG		53,72	Beitrag KHT und KTG		46,20
PVN (BAP 01/05) Private PflegePflichtVersicherung		19,59	PVN (BAP 01/05) Private PflegePflichtVersicherung		19,59	PPN (BAP 01/05) Private PflegePflichtVersicherung		19,16
Beitrag Pflege		19,59	Beitrag Pflege		19,59	Beitrag Pflege		19,16
10% Alterungsrückstellung aus KKV lt. Gesundheitsreform 2000		21,06	10% Alterungsrückstellung aus KKV lt. Gesundheitsreform 2000		18,98	10% Alterungsrückstellung aus KKV lt. Gesundheitsreform 2000		22,11
Monatsbeitrag (MB)		298,76	Monatsbeitrag (MB)		282,10	Monatsbeitrag (MB)		308,60
MB + 1/12 SB 500		340,43	MB + 1/12 SB 600		332,10	MB + 1/12 SB 1320		418,60

* Für die Berechnung wurde ein maximaler verfügbarer Arbeitgeberanteil von € 248,40 vorausgesetzt.

Währungen: €, €, € (Kurs: 1 Euro = 1,000000 €), stern nicht anders angegeben.

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Ambulant

Selbstbehalt gilt für

Auf welche Leistungsbereiche (ambulant/stationär/Zahn) bezieht sich der Selbstbehalt?

SB insgesamt für ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen. **F**

Der Selbstbehalt beträgt für alle Tarifleistungen pro versicherte Person und Kalenderjahr 10%, insgesamt höchstens 500 EUR (prozentualer Selbstbehalt mit Höchstbetrag). Der Selbstbehalt gilt auch für die Pflegepauschale nach § 6 Abs. 4.

Beachte: Primärarztprinzip:

Die Erstbehandlung ist durch einen Primärarzt vorzunehmen.

Wird die Erstbehandlung nicht von einem Primärarzt durchgeführt, reduziert sich der tarifliche

Erstattungsprozentsatz.

Als Primärarzt kann nur der Hausarzt (Prakt. Arzt / Facharzt für Allgemeinmedizin / Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin), ein Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde, ein Notarzt oder Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen werden.

Selbstbehalt insgesamt für ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen. **F**

Selbstbehalt für ambulante und zahnärztliche Leistungen. **E**

Heilpraktiker § 4 (2)

Werden die Kosten für Behandlung beim Heilpraktiker voll erstattet? § 4 (2) MB/KK

100% der Aufwendungen, maximal 1000 EUR pro Versicherungsjahr einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel und durchgeführten alternativmedizinischen Verfahren. Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet wurden und dessen Höchstbeträge nicht überschreiten. **E**

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern werden abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe b AVB bis zum Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattet. **E**

Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden. **D**

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Alt. Heilmethoden § 4 (6)

Welche alternativen Heilmethoden werden nach Aufhebung der Wissenschaftlichkeitsklausel konkret erstattet? § 4 (6) MB/KK

Es wird für Methoden und Arzneien geleistet, die von der Schulmedizin anerkannt sind. Darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als erfolgsversprechend bewährt haben oder weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Eine Herabsetzung der Leistung auf den Betrag, der bei schulmedizinischen Methoden angefallen wäre, ist möglich.

Als Alternativmed. Verfahren werden erstattet:

-100% der Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung bei Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutischer Lokalanästhesie.
-80% der Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung bei Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutischer Lokalanästhesie, wenn kein Primärarzt in Anspruch genommen wurde.

Weitere alternativmedizinische Verfahren sind unter dem Vorbehalt des § 3 Abs. 3 erstattungsfähig.

E

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

E

Es wird für Methoden und Arzneien geleistet, die von der Schulmedizin anerkannt sind. Darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als erfolgsversprechend bewährt haben oder weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Eine Herabsetzung der Leistung auf den Betrag, der bei schulmedizinischen Methoden angefallen wäre, ist möglich.

E

Psychotherapie § 4 (2)

Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK

100% der Aufwendungen, maximal 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr.
Eine psychotherapeutische Behandlung ist erstattungsfähig, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker durchgeführt wird. Nach vorheriger schriftlicher Zusage werden auch Aufwendungen für Leistungen approbierter Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind und über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen, erstattet.

E

Aufwendungen für Psychotherapie sind unter den in § 4 Teil II Abs. 1 AVB genannten Voraussetzungen erstattungsfähig. Abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 AVB werden sie höchstens für 20 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 20 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.
§ 4 Teil II Abs. 1 AVB:
Voraussetzung dafür ist, daß die Psychotherapie von einem in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, oder von einem approbierten Arzt, mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird.

E

Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich der Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) werden gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Neben ärztlichen Behandlern können Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden, die gemäß § 95 c Sozialgesetzbuch V die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister (Approbation und Fachkundenachweis) erfüllen.

E

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Vorsorgeuntersuchung § 1 (2) b Für welche Vorsorgeuntersuchungen werden die Kosten voll erstattet? § 1 (2) b MB/KK

100% für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch einen Primärarzt oder wenn dieser die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchung durch einen anderen Arzt bestätigt, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme, ohne Alters- und Diagnosebeschränkung sowie ohne zeitliche Einschränkung.

A+

Abweichend von § 1 Teil II Abs. 2 AVB sind Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nur erstattungsfähig, sofern diese nach gesetzlich eingeführten Programmen durchgeführt wurden (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

D

Ja, für gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführtem Programm.

D

80% der Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen, wenn kein Primärarzt in Anspruch genommen wird.

Zusätzlich Vorsorgepauschale:

Sofern keine anderen Leistungen - auch nicht für Vorsorgeleistungen außerhalb der Vorsorgepauschale - im Versicherungsjahr in Anspruch genommen werden, können bestimmte Vorsorgeleistungen in definierten Intervallen (siehe unter Formulare "Vorsorgepauschalenverzeichnis") in Anspruch genommen werden, ohne dabei die Beitragsrückerstattung zu gefährden und ohne Selbstbehalt zahlen zu müssen. Die Vorsorgepauschale wird ausgezahlt, wenn die Durchführung der im Verzeichnis zur Vorsorgepauschale aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen nachgewiesen wurde.

Kurort-Behandlung § 5 (1) e Besteht bei Behandlung in Kurorten der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort? § 5 (1) e MB/KK

Ja.

A+

Ja.

A+

Ja.

A+

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Hilfsmittel § 4 (3)

Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK

80% der Aufwendungen für Beatmungsgeräte, Absauggeräte, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore, Ernährungspumpen, Infusionspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hilfsmittel gegen Dekubitus, Geh- und Stützapparate, Prothesen, Inkontinenzartikel und Stomaartikel.
100% der Aufwendungen, wenn das in Satz 1 genannte Hilfsmittel
 -über den VR bezogen bzw. beschafft wurde oder
 -über den VR weder beschafft noch bezogen werden kann oder
 -im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muß.
80% der Aufwendungen für Bandagen, Blutdruckmeßgeräte, Blutzuckermeßgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, TensGeräte, Inhalationsgeräte, PeakFlowMeter, Milchpumpen und konfektionierte Therapieschuhe.
100% der Aufwendungen für
 -Hörhilfen, maximal 1.500 EUR pro Hörgerät;
 -Perücken bei krankhaftem Haarausfall, maximal 500 EUR pro Perücke.

A+ Erstattungsfähige Aufwendungen für Arznei, Heil- und Hilfsmittel (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben d, e, f AVB) werden bis zu einem Betrag von 2.045,00 EUR pro Person und Versicherungsjahr zu 80 % ersetzt. Liegen diese Aufwendungen pro Person und Versicherungsjahr über 2.045,00 EUR, so wird der Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen, der 2.045,00 EUR übersteigt, zu 100 % ersetzt. Im Rahmen dieser Regelung sind auch Aufwendungen für orthopädische Schuhe mit ärztlicher Verordnung nach Abzug eines Eigenanteils von 102,00 EUR für ein Paar pro Jahr erstattungsfähig. Als Hilfsmittel gelten auch Krankenfahrstühle, wobei die erstattungsfähigen Aufwendungen hierfür auf 767,00 EUR begrenzt sind. Brillengläser und Kontaktlinsen fallen nicht unter obige Regelung für Hilfsmittel. Für sie gilt [eine] abweichende Festlegung.
§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben f AVB:
 Als Hilfsmittel gelten Brillengläser, Kontaktlinsen, Hörgeräte und Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Bandagen, Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, ferner die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe und Einlagen.

D Je Hilfsmittel werden bis zu 130 EUR des Rechnungsbetrags **A** pro Kalenderjahr zu 100% erstattet, der darüberliegende Teil bei kleinen Hilfsmitteln zu 50%, bei großen Hilfsmittel zu 75%.
 Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe.
 Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAPGeräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle sowie Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z.B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentratoren).

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Heilmittel § 4 (3)

Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK

100% der Aufwendungen.

Erstattungsfähig sind Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage des Tarifs AktiMed Plus) aufgeführt sind. Sie sind bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

A

Erstattungsfähige Aufwendungen für Arznei, Heil- und Hilfsmittel (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben d, e, f AVB) werden bis zu einem Betrag von 2.045,00 EUR pro Person und Versicherungsjahr zu 80 % ersetzt. Liegen diese Aufwendungen pro Person und Versicherungsjahr über 2.045,00 EUR, so wird der Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen, der 2.045,00 EUR übersteigt, zu 100 % ersetzt.

§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben e AVB:

Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Aufwendungen und Behandlungen wie Inhalation, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie sowie Lichttherapie.

A+

Ja.

A+

Arznei/Verbandmittel § 4 (3)

Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK

100% erstattungsfähig sind zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sowie Verbandmaterialien, sofern sie medizinisch notwendig sind.

Als Arzneimittel gelten nicht:

Nährmittel, -stoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate. Diätetische Nährstoffe sind nur erstattungsfähig, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

A+

Erstattungsfähige Aufwendungen für Arznei, Heil- und Hilfsmittel (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben d, e, f AVB) werden bis zu einem Betrag von 2.045,00 EUR pro Person und Versicherungsjahr zu 80 % ersetzt. Liegen diese Aufwendungen pro Person und Versicherungsjahr über 2.045,00 EUR, so wird der Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen, der 2.045,00 EUR übersteigt, zu 100 % ersetzt.

§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben d AVB:

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und ähnliches, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten; bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden, gelten jedoch als Arzneimittel.

A+

Ja, aber keine Nähr-, Stärkungs-, Desinfektions-, Entfettungs-, Abführ- und kosmetische Mittel etc.

A+

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Brillen / Sehhilfen § 4 (3)

Was erstattet die Gesellschaft bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr? § 4 (3) MB/KK

100% für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen), maximal 250 EUR innerhalb von 24 Monaten.

E

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis maximal 128,00 EUR zu 100 % ersetzt. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 24 Monaten.

E

Brillen oder Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 130 EUR zu 100% und der darüberliegende Teil zu 50% einmal im Kalenderjahr.

B

GOÄ-Ärzte Ambulant §4(2)

Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK

Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

A+

Aufwendungen für ärztliche Leistungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe a AVB) werden bis zu den Regelhöchstätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.
§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe a AVB:
Als ärztliche Leistungen gelten die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbaren Leistungen. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wird Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Arztes erstattet.

D

Ja, im Rahmen der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen (3,5facher Satz).

A+

GOÄ-Ärzte Amb. darüber § 4 (2) Werden die ärztlichen Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 4 (2) MB/KK

Nein.

F

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Stationär

Transportkosten im Inland Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?

100% zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.	A	<u>Tarif TOP(2):</u> Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland.	B	Nein, die Kosten eines medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus.	D
---	----------	--	----------	---	----------

Stationäre Unterkunft §4(4) Welche Art von Unterkunft mit welcher ärztlichen Behandlung wird erstattet? § 4 (4) MB/KK

<p>Zweibettzimmer mit Privatarzt. Ersatzweise gibt es ein Krankenhaustagegeld in Höhe von a) 30 EUR, wenn auf die besondere Unterkunft im Zweibettzimmer verzichtet wird und b) 30 EUR, wenn auf die wahlärztliche und belegärztliche Behandlung verzichtet wird. Für versicherte Personen bis vollendetes 16. Lebensjahr beträgt das ersatzweise Krankenhaustagegeld nach a) bzw. b) jeweils die Hälfte. Auf das Krankenhaustagegeld nach a) besteht kein Anspruch für den Entlassungstag, für die Dauer der Behandlung auf der Intensiv- oder der Säuglingsstation oder wenn in dem Krankenhaus ein Zweibettzimmer keine gesondert berechenbare Unterkunft ist. Bei Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, mit Ausnahme von Notfällen, wird nur nach vorheriger Zusage des VR und eventueller Leistungsbegrenzungen geleistet (Siehe dazu Tarifbedingungen § 6 (2) b).</p>	A	<p><u>Tarif TOP(2):</u> Die erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen werden zu 100 % ersetzt. [..] Die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen kann durch den Abschluß eines Stationärzusatztarifs versichert werden. § 2 Teil II Abs. 1 Satz 3 AVB gilt in diesem Fall nicht. <u>Tarif SZ2:</u> Bei einem medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt werden 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben i und j AVB) erstattet. Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).</p>	A	Zweibettzimmer mit Privatarzt.	A
---	----------	--	----------	--------------------------------	----------

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

GOÄ-Ärzte Stationär §4(2) Werden die ärztlichen Leistungen im Krankenhaus bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK

Bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz).

A+

Tarif TOP(2):

Aufwendungen für gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes werden bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, wenn sie im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen anfallen (siehe § 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe h).

Tarif SZ2:

Gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

A+

Ja, im Rahmen Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz).

A+

GOÄ-Ärzte Stat. darüber § 4(2) In welchem Umfang werden ärztlichen Leistungen im Krankenhaus auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus erstattet? § 4 (2) MB/KK

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

Nein. Keine Tarifleistung.

F

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Zahn

Heil und Kostenplan **Muß dem Versicherer bei Zahnbehandlung (ZB), Zahnersatz (ZE) und Kieferorthopädie (KFO) vor dem Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?**

Bei Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen einschließlich Aufbißbehelfen und Schienen, Kieferorthopädie sowie zahntechnischen Leistungen ist dem VR nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2500 EUR übersteigen. Die Kosten des Heil- und Kostenplans sind erstattungsfähige Behandlungskosten.

D

Tarif TOP(2):

Übersteigt bei Zahnersatz und Kieferorthopädie der zu erwartende Gesamtbetrag 2.500,00 EUR, so soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann.

A+

Nein.

A+

Wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, erfolgt für den 2500 EUR übersteigenden Rechnungsbetrag eine Herabsetzung des tariflichen Erstattungsbetrags für Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbißbehelfen und Schienen, Kieferorthopädie sowie zahntechnischen Leistungen auf die Hälfte, jedoch begrenzt auf die tariflichen Höchstbeträge.

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Summenbegrenzung Zahn Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?

Während der ersten 48 Monate gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge: <u>Erstattung von insgesamt</u> 750 EUR während der ersten 12 Monate 1500 EUR während der ersten 24 Monate 2250 EUR während der ersten 36 Monate 3000 EUR während der ersten 48 Monate Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum.	E	<u>Tarif TOP(2):</u> Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe I AVB) sowie für InlayBehandlungen sind in den ersten fünf Versicherungsjahren pro versicherte Person und Versicherungsjahr auf folgende Beträge begrenzt: 512,00 EUR im ersten Versicherungsjahr 1.023,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr 1.534,00 EUR im dritten Versicherungsjahr 2.046,00 EUR im vierten Versicherungsjahr 2.557,00 EUR im fünften Versicherungsjahr Die Begrenzungen besagen, daß bei der Errechnung der Versicherungsleistung von höchstens den genannten Beträgen ausgegangen wird. Hiervon ausgehend beträgt der Erstattungssatz 60 %. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Vom sechsten Versicherungsjahr an gelten obige Begrenzungen nicht mehr. <u>Tarif ZZ20:</u> Während der ersten fünf Versicherungsjahre werden pro versicherte Person und Versicherungsjahr die tariflichen Leistungen auf 200,- Euro im ersten Versicherungsjahr, 400,- Euro im zweiten Versicherungsjahr, 600,- Euro im dritten Versicherungsjahr, 800,- Euro im vierten Versicherungsjahr und 1.000,- Euro im fünften Versicherungsjahr begrenzt. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Vom sechsten Versicherungsjahr an gelten obige Begrenzungen nicht mehr.	B	Keine Summenbegrenzung.	A+

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Zahnleistung - Erstattung in % Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?**Zahnbehandlung** 100%;

Zahnersatz: 75% der Aufwendungen für prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen (Veneers), Prothesen und Brücken sowie implantologische einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen;
Kieferorthopädie bis zum vollendeten 21. Lebensjahr oder bei Unfall 75%.

Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen

einschließlich Aufbißbehelfen und Schienen: 75% der Aufwendungen.

Zahntechnische Leistungen:

- a) Zahntechnische Leistungen werden wie die Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet bzw. erbracht werden.
b) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage des Tarifs AktiMed Plus) aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrunde gelegt.

BTarif TOP(2):

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe k AVB) werden zu 100 % ersetzt. Für InlayBehandlungen gilt jedoch der Erstattungssatz für Zahnersatz. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und InlayBehandlungen werden zu 60 % ersetzt.

Tarif ZZ20:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen [für Zahnersatz und Kieferorthopädie (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe l AVB) sowie für InlayBehandlungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe k AVB)] werden zu 20 % ersetzt.

§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe k AVB:

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums. Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.

§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe l AVB:

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Für kieferorthopädische Leistungen gelten die Erstattungssätze für Zahnersatz.

A+

Zahnbehandlung, Zahnersatz u. Kieferorthopädie bis 1300 EUR je Kalenderjahr zu 100%, darüber hinausgehende Beträge zu 75%.

A**Inlays § 1 (2)****In welchem Umfang werden Inlays (als Zahnbehandlung oder Zahnersatz) erstattet? § 1 (2) MB/KK**

Inlays werden wie Zahnersatz zu 75% erstattet.

ATarif TOP(2):

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für [...] InlayBehandlungen werden zu 60 % ersetzt.

Tarif ZZ20:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen [für InlayBehandlungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe k AVB)] werden zu 20 % ersetzt.

A+

Inlays werden zu 100% (über 1300 EUR zu 75%) erstattet.

A+

Beachte: Preis- und Leistungsverzeichnis.

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Implantate § 1 (2)

In welchem Umfang werden Implantate als Zahnersatz erstattet? § 1 (2) MB/KK

75% der Aufwendungen für implantologische einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen. Erstattungsfähig sind maximal vier Implantate pro Kiefer, ein- schließlich des auf dem Implantat sitzenden Zahnersatzes (Suprakonstruktion).

E

Tarif TOP(2):

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und InlayBehandlungen werden zu 60 % ersetzt.

Tarif ZZ20:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen [für Zahnersatz und Kieferorthopädie (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe l AVB)] werden zu 20 % ersetzt.

A+

Implantate werden zu 100% (über 1300 EUR zu 75%) erstattet.

A

Zahntechnische Leistungen:

a) Zahntechnische Leistungen werden wie die Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet bzw. erbracht werden.

b) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage im Tarifdruckstück) aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrunde gelegt.

Entfällt Summenbeg. bei Unfall Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?

Für unfallbedingte zahnärztliche Behandlung entfällt die Summenbegrenzung.

Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (z.B. Biß auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

A+

Diese Begrenzungen entfallen für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

A+

Keine Summenbegrenzung

A+

GOZ-Zahnärzte § 4 (2)

Werden die zahnärztlichen Honorar-Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet? § 4 (2) MB/KK

Bis zum Höchstsatz (3,5facher Satz) der GOZ.

A+

Tarif TOP(2):

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Tarif ZZ20:

Die Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe l AVB) sowie für InlayBehandlungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe k AVB) sind bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

D

Ja, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (3,5facher Satz).

A+

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

GOZ-Zahnärzte darüber § 4 (2) Werden zahnärztliche Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 4 (2) MB/KK

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Krankentagegeld

Karenzzeit KTG § 1 (2)	Werden die Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen der gleichen Krankheit oder eines Unfalls in Bezug auf die Karenzzeit zusammengerechnet bzw. angerechnet? § 1 (2) MB/KT				
Ja, wenn innerhalb von 6 Monaten nach Ende der AU eine erneute AU ärztlich festgestellt wird, werden die in den letzten 12 Monate vor Beginn der AU nachgewiesenen Zeiten der AU auf die Karenzzeit angerechnet.	A+	Ja, wenn innerhalb von 6 Monaten nach Ende der AU eine erneute AU ärztlich festgestellt wird, werden die in den letzten 12 Monate vor Beginn der AU nachgewiesenen Zeiten der AU auf die Karenzzeit angerechnet.	A+	Ja, es werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der selben Krankheit oder Unfallfolge, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung seines Entgeltes zusammenrechnen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.	A+
Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, wenn innerhalb von 6 Monaten nach Ende der AU eine erneute AU ärztlich festgestellt wird, werden die in den letzten 12 Monate vor Beginn der AU nachgewiesenen Zeiten der AU auf die Karenzzeit angerechnet.		Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, wenn innerhalb von 6 Monaten nach Ende der AU eine erneute AU ärztlich festgestellt wird, werden die in den letzten 12 Monate vor Beginn der AU nachgewiesenen Zeiten der AU auf die Karenzzeit angerechnet.		Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, es werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der selben Krankheit oder Unfallfolge, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung seines Entgeltes zusammenrechnen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.	
Arbeitslos u. KTG § 15a	Wird das Krankentagegeld auch bezahlt, wenn während einer Arbeitsunfähigkeit das Beschäftigungsverhältnis gelöst wird und kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht? § 15 a MB/KT				
Ja, bis zu 9 Monaten nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	A	Bis zu 9 Monate nach Eintritt des Versicherungsfalles.	A	Ja, bis zu 6 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	C
Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, bis zu 9 Monaten nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.		Leistung 2. Krankentagegeld: Bis zu 9 Monate nach Eintritt des Versicherungsfalles.		Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, bis zu 6 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	
Übertritt aus GKV(KTG) § 3 (5)	Kann bei Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verdienstauffallversicherung abgeschlossen werden, wenn bisher kein Verdienstauffall versichert war, und entfällt dafür die Wartezeit? § 3 (5) MB/KT				
Ja.	A+	Eine Verdienstauffallversicherung kann unter Einhaltung der Wartezeiten abgeschlossen werden.	B	Keine Tarifaussage.	F
Leistung 2. Krankentagegeld: Ja.		Leistung 2. Krankentagegeld: Eine Verdienstauffallversicherung kann unter Einhaltung der Wartezeiten abgeschlossen werden.		Leistung 2. Krankentagegeld: Keine Tarifaussage.	
Leistungsdauer KTG §4(1)	Ist die Leistungsdauer beim Krankentagegeld unbegrenzt? § 4 (1) MB/KT				
Ja, ohne Leistungshöchstdauer.	A+	Ja, ohne zeitliche Begrenzung.	A+	Ja, ohne zeitliche Begrenzung.	A+
Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, ohne Leistungshöchstdauer.		Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, ohne zeitliche Begrenzung.		Leistung 2. Krankentagegeld: Ja, ohne zeitliche Begrenzung.	

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Berufsunfähigkeit (KTG) § 15 b Wie lange wird das Krankentagegeld bei Berufsunfähigkeit gezahlt? § 15 b MB/KT

Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, bei einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit, kann jedoch eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

E

Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

E

Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

E

Leistung 2. Krankentagegeld:

Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, bei einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit, kann jedoch eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Kündungsverzicht KTG § 14(1) Verzicht der Versicherer auf das ihm zustehende ordentliche Kündigungsrecht, auch wenn nur eine Krankentagegeldversicherung besteht? § 14 (1) MB/KT

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht für Personen, die aus einer Gesetzlichen Krankenversicherung oder einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden. Der Wegfall des ordentlichen Kündigungsrechtes bezieht sich auf den gesamten Krankentagegeldanspruch, der bei Übertritt gegenüber dem Versicherer besteht.

D

Ja, bei Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge in Höhe des bei Vertragsabschluß bestehenden Anspruches bei der GKV.

D

Nein, nur wenn beim gleichen Versicherer eine Vollversicherung besteht.

E

Leistung 2. Krankentagegeld:

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht für Personen, die aus einer Gesetzlichen Krankenversicherung oder einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden. Der Wegfall des ordentlichen Kündigungsrechtes bezieht sich auf den gesamten Krankentagegeldanspruch, der bei Übertritt gegenüber dem Versicherer besteht.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Ja, bei Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge in Höhe des bei Vertragsabschluß bestehenden Anspruches bei der GKV.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Nein, nur wenn beim gleichen Versicherer eine Vollversicherung besteht.

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

KTG bei Kuren § 5 g**Wird das Krankentagegeld auch bei Kuraufenthalten bezahlt? § 5 g MB/KT**

Keine Tarifleistung.

F

Ja, sofern es sich um eine Anschlußheilbehandlung handelt und vom Versicherer eine vorherige Zusage erfolgte.

C

Ja, während einer Kurbehandlung wird Krankentagegeld gezahlt, wenn eine medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird und unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

B

Leistung 2. Krankentagegeld:

Keine Tarifleistung.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Ja, sofern es sich um eine Anschlußheilbehandlung handelt und vom Versicherer eine vorherige Zusage erfolgte.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Ja, während einer Kurbehandlung wird Krankentagegeld gezahlt, wenn eine medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird und unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

Anzeigepflicht (KTG) §14(2)**Verjährt ein Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß Paragraph 16-20 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) bei der Krankentagegeldversicherung? § 14 (2) MB/KT**

Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind.

Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).

A+

Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind.

Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).

A+

Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind.

Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).

A+

Leistung 2. Krankentagegeld:

Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind.

Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).

Leistung 2. Krankentagegeld:

Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind.

Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).

Leistung 2. Krankentagegeld:

Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind.

Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).

Berufskrankheiten (KTG)**Sind Berufskrankheiten / Berufsunfälle beitragsfrei mitversichert?**

Ja.

A+

Nein.

F

Ja.

A+

Leistung 2. Krankentagegeld:

Ja.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Nein.

Leistung 2. Krankentagegeld:

Ja.

PKV-TarifvergleichsRechner - Haufe Verlag Freiburg i. Br.

KV-Vorschlag für Max Mustermann

Gesellschaft Allianz

Tarif AktiMedPlus90P (BAP 01/08), 463 (BAP 01/08), 467 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft Nürnberger

Tarif TOP2 (BAP 01/08), SZ2 (BAP 01/08), TOP/2+ZZ20 (BAP 01/05), TS4 (BAP 01/08), TS6 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/05)

Gesellschaft SDK

Tarif A109 (BAP 01/08), S102 (BAP 01/08), AZ75 (BAP 01/08), TA4 (BAP 01/08), TA6 (BAP 01/08), PPN (BAP 01/05)

Alkoholklausel (KTG) § 5 (1) c Wird das Krankentagegeld auch bezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf eine Bewußtseinsstörung durch Alkoholgenuß zurückzuführen ist? § 5 (1) c MB/KT

Ja.	A+	Ja.	A+	Ja.	A+
Leistung 2. Krankentagegeld:		Leistung 2. Krankentagegeld:		Leistung 2. Krankentagegeld:	
Ja.		Ja.		Ja.	