

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

Kv Werk , Christian Faber
Bonner Str. 271 , 50968 Köln

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum: 01.01.2023
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: nicht berufstätig
Status: Kind

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.04.2023
Tarifarten: Krankenvollversicherung

Vorgeschlagene Tarife

Anhand Ihrer Vorgaben habe ich folgende Tarife aus über 35 privaten Krankenversicherungsanbietern für Sie ermittelt. Auf den folgenden Seiten werden die Tarife näher erläutert.

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
 HanseMerkur	KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	178,59 €
 SDK Einfach für Ihr Leben da.	AM12 S1 Z9 PPN	181,63 €
 Barmenia Versicherungen	einsA expert 1 PVN	193,51 €
 Gothaer	MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN	200,38 €

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

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

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

 HanseMerkur	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small>	 Barmenia <small>Versicherungen</small>	 Gothaer
<p>KVT500 (Kindertarif) 172,43 €</p> <p>Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 90% Psychotherapie (max. 50 Sitzungen p.a.)</p> <p>Stationär: 100% Regelleistungen 100% Mehrbettzimmer</p> <p>Zahn: 100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 80% Kieferorthopädie</p> <p>Selbstbehalt: Bis Alter 19: kein Selbstbehalt Ab Alter 19: 500,- € Selbstbehalt p.a. (im ambulanten und Zahnbereich)</p> <p>Verbraucherinfo Private Krankenversicherung_Januar 2022</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2022</p>	<p>AM12 91,82 €</p> <p>Ambulanter Tarif mit 20% Selbstbeteiligung, max. 480 EUR p.a. (häufige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird)</p> <p>AVB, Teil IIa_Stand: 01.01.2022_1.567ba/01.22</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2021</p>	<p>einsA expert 1 193,51 €</p> <p>Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 85% Heilpraktiker 85% Psychotherapie</p> <p>Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung</p> <p>Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie</p> <p>Selbstbehalt: 300 € Selbsthalt p.a. (Kinder häufige SB)</p> <p>AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0123 DT + Teil III_K 4608 0123 DT</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2023</p>	<p>MediMPlus 1,66 €</p> <p>Ergänzungsversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante psychotherapeutische Behandlung - Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahmen - Hilfsmittel - spezialisierte ambulante Palliativversorgung/Hospizversorgung <p>Beitragsstand: 01.01.2021</p>
<p>PSV 6,16 €</p> <p>Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2023</p>	<p>S1 45,93 €</p> <p>Stationärer Tarif: - Regel- und Wahlleistungen (1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt, Belegarzt)</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2019</p>		<p>MediVita 500 128,08 €</p> <p>Kompakttarif mit 100% Erstattung für ambulante Behandlung, Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt). 500,- € Selbstbehalt im ambulanten Bereich p.a. (bis Alter 20 häufige SB) (Bei Einhaltung Hausarztprinzip: 250,- €)</p> <p>AVB, Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB)_204706 - 04.2022, Teil III_215047 - 07.2022</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2022</p>
	<p>Z9 43,88 €</p> <p>Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 90% - Kieferorthopädie: 90%</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2021</p>		<p>MediClinic Premium 7,43 €</p> <p>Stationäre Zusatzversicherung: - 1- o. 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2022</p> <p>MediVita Z 90 63,21 €</p> <p>Zahntarif als Baustein zu MediVita. 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz & Kieferorthopädie Wird nicht kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz um 10%, max. auf 60%.</p> <p>Beitragsstand: 01.01.2023</p>
<p>Vorschlag für Erstellt durch Kv Werk , Christian Faber</p>	<p>PVN 0,00 €</p> <p>Pflegepflichtversicherung.</p>	<p>PVN 0,00 €</p> <p>Pflegepflichtversicherung.</p>	<p>PVN 0,00 €</p> <p>Pflegepflichtversicherung.</p>

Übersicht der Leistungsstärke

Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die Leistungsstärke der angezeigten Tarife geben. Die Darstellung der Leistungsstärke basiert auf einer subjektiven Bewertung durch den Hersteller der Analysesoftware Levelnine und kann eine individuelle Beratung hinsichtlich der Eignung eines Produktes nicht ersetzen.

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Selbstbehalt p.a.:		240,00 €	150,00 €	250,00 €
SB Art *:		A %	ASZ	A
Arbeitnehmeranteil:				
Effektivbeitrag **:	178,59 €	201,63 €	206,01 €	221,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
GOÄ/GOZ				
Ambulant				
Vorsorge				
Heilpraktiker				
Psychotherapie				
Heil- und Hilfsmittel				
Stationär	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn				
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	80 %	90 %	85 %	90 %
Kieferorthopädie	80 %	90 %	85 %	90 %

Erläuterung zur Darstellung:

-  7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang
-  4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang
-  1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

* SB Art: A:Ambulanter Selbstbehalt, S:Stationärer Selbstbehalt, Z:Selbstbehalt bei Zahnleistungen, %:Prozentualer Selbstbehalt
 ** Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

- ✔ Kriterium erfüllt
- ✘ Dieser Leistungspunkt wurde gewünscht, jedoch bedingungsgemäß nicht erfüllt
- ⚠ Hier existiert ein wichtiger Hinweis. Bitte beachten Sie die ausführliche Leistungsbeschreibung.

	Kundenwunsch	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:		178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %
Selbstbeteiligung (SB)					
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	 	0,00 € ⚠ Hinweis: Für Kinder/Jugendliche bis 19 Jahre fällt keine Selbstbeteiligung an. Ab Alter 20 ist die Selbstbeteiligung auf 500,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	480,00 € ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherers bezogen werden.	300,00 €	500,00 € ⚠ Hinweis: Bei Einhaltung des Hausarztprinzips erhält die versicherte Person einen Bonus i.H. von max. 50% der tariflichen Selbstbeteiligung.
Haus-/Primärarztprinzip					
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		✔	✔	✔	✔
Gebührenordnung ambulant					
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✔	✔	✔	✔
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			✔	✔	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung			✔	✔	
Heilpraktiker					
Heilpraktiker		✔	✔ ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	✔	
- erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnisse (über GebÜH hinaus)		✔	✔	✔	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 AM12 S1 Z9 PPN	 einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:		178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %
Vorsorge					
- über gesetzliche Programme		✓	✓ ⚠	✓	✓
			Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränataldiagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).		
Heilmittel					
- Logopädie durch Logopäden		✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel					
- offener Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓	✓	✓	✓
Sehhilfen					
- Erstattung xx €		260,00 € ⚠	1.000,00 € ⚠	510,00 € ⚠	100,00 €
		Hinweis: Alternativ werden die Kosten für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) bis 260 EUR erstattet.	Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	Hinweis: Erstattet werden nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:		178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %
Psychotherapie					
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		50	unbegrenzt ⚠	unbegrenzt	50 ⚠
			Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.		Hinweis: MediMPlus: Insgesamt werden (zusammen mit den Leistungen aus dem MediVita bzw. MediStart) max. 50 Sitzungen p. a. erstattet.
Ambulante Transporte					
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓	✓	✓	✓
- ambulante Notfalltransporte		✓	✓	✓	✓
sonstiges					
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:		178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %
Stationär					
1-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/ Spezialist)		✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten					
Gebührenordnung Stationär					
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)		✓	✓	✓	✓
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung			✓	✓	
Stationär					
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, VersorgungskH, Akutversorgung		✓	✓	✓	✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:		178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn					
Zahnbehandlung %		100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz %		80 %	90 %	85 %	90 % ⚠
					Hinweis: Wird nicht kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz ab dem 01.01. des Folgejahres jährlich um 10% bis auf 60%. Der Erstattungssatz erhöht sich wieder jährlich um 10%, wenn kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen wird.
Kieferorthopädie %		80 %	90 %	85 %	90 % ⚠
					Hinweis: Wird nicht kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz für Kieferorthopädie ab dem 01.01. des Folgejahres jährlich um 10% bis auf 60%. Der Erstattungssatz erhöht sich wieder jährlich um 10%, wenn kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen wird.
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
Gebührenordnung Zahn					
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)			✓		
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung			✓	✓	

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:		178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %
Ausland					
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt  Hinweis: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	unbegrenzt	unbegrenzt	6
- Rücktransport aus dem Ausland					
Optionsrecht auf Höherversicherung					
- Anzahl feste Optionszeitpunkte			5  Hinweis: AM12, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.	3	2
- anlassbezogenes Optionsrecht			  Hinweis: AM12, S1, Z9: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:		178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))					
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?					
- ambulante Anschlussreha		✓	✓	✓	✓
- stationäre Anschlussreha		✓	✓	✓	✓
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen			✓	✓ ⚠	
				Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen		✓	✓	✓	✓
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen			✓	✓	✓
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen			✓	✓ ⚠	✓
				Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag					
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/ Anomalien		✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓	✓	✓	✓

Leistungsvergleich Ambulant

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Selbstbeteiligung (SB)				
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Für Kinder/Jugendliche bis 19 Jahre fällt keine Selbstbeteiligung an. Ab Alter 20 ist die Selbstbeteiligung auf 500,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✓ Die Selbstbeteiligung beträgt 20% und ist auf 480 EUR pro Kalenderjahr begrenzt. ⚠ Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert. Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel und Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice des Versicherers bezogen werden.	✓ Die Selbstbeteiligung ist auf 300,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✓ Die Selbstbeteiligung ist auf 500,- € pro Kalenderjahr begrenzt. ⚠ Hinweis: Bei Einhaltung des Hausarztprinzips erhält die versicherte Person einen Bonus i.H. von max. 50% der tariflichen Selbstbeteiligung.
Haus-/Primärarztprinzip				
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✓ 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 die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✓ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✓ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✓ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	✓ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet wird auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	✓ Bei Behandlungen im Ausland sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Heilpraktiker				
- Heilpraktiker	✓ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✓ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	✓ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	✓ Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig. Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.	✓ Ja. Erstattungsfähig sind alle Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung (bis insgesamt (inkl. Abrechnungen nach dem GebüH) 1.000 EUR p. a.).	✓ Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig.	Leistungen für erweiterte Naturheilverfahren/Methoden nach Hufelandverzeichnis sind auch nicht vorgesehen.
Vorsorge				
- über gesetzl. Programme hinaus?	✓ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig, z.B. zusätzl. Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren; Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre): Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen). Für Erwachsene je nach Alter: erweiterte Krebsvorsorge, Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung, Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung, Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.	⚠ Ja. Versichert sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Schwangerschaftsvorsorge. Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (z. B. Untersuchungen zur Flugtauglichkeit). Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).	✓ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✓ Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.
Heilmittel				
- Logopädie	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.	✓ Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.	✓ Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel				
- offener Hilfsmittelkatalog?	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✓ MediMPlus: Erstattet werden die Hilfsmittel, die nicht in dem Verzeichnis der Hilfsmittelversorgung des Versicherers aufgeführt sind. MediVita500: Kein generell offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✓ MediMPlus: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. MediVita500: Nein, es sind nur die in den Tarifbedingungen und in dem den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angehangenen Verzeichnis genannten Hilfsmittel versichert.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Versicherungen einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Sehhilfen				
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✓ Brillen und Kontaktlinsen werden zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Alternativ werden die Kosten für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) bis 260 EUR erstattet.	✓ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 1.000 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	✓ Brillen und Kontaktlinsen sind zu 85% bis zu einem Rechnungsbetrag von 600,00 EUR erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Erstattet werden nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	✓ Brillen und Kontaktlinsen werden bis 100 EUR erstattet.
Psychotherapie				
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✓ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	✓ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✓ MediVita500: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. ⚠ MediMPlus: Erstattet werden Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlung für die 21. bis 50. Sitzung pro Kalenderjahr zusätzlich zur Anzahl der Sitzungen der beim Versicherer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung (Grundversicherung), sofern die Leistungspflicht aus der Grundversicherung gegeben ist. Hinweis: MediMPlus: Insgesamt werden (zusammen mit den Leistungen aus dem MediVita bzw. MediStart) max. 50 Sitzungen p. a. erstattet.
Ambulante Transporte				
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✓ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✓ Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zur Dialyse, Chemotherapie und Strahlentherapie; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✓ Transporte zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung (z. B. bei Strahlenbehandlung).
- Ambulante Notfalltransporte?	✓ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✓ Ja. Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Notfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✓ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung (auch Notfall-Rettungsdienste).
sonstiges				
- medizinische Versorgungszentren?	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✓ Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren (sowie sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen).	✓ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Versicherungen einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
- häusliche Behandlungs-/ Krankenpflege?	✓ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✓ Ja. Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte (medizinische Behandlungspflege). Intensiv-Behandlungspflege (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle erfordert) wird auch in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) erstattet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen. Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstattet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nötig, aber nicht durchführbar ist oder dadurch eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird - pro Versicherungsfall max. 4 Wochen. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	✓ Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte ist erstattungsfähig, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen (Behandlungspflege (insbesondere auch medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege), Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (bis zu 4 Wochen), Leistungen der Unterstützungspflege (bis zu 4 Wochen)) durchführen kann. Der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) muss einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	✓ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small> AM12 S1 Z9 PPN	Barmenia <small>Versicherungen</small> einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Stationär				
- 1-Bettzimmer?	✓ KVT500 (Kindertarif): Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. PSV: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ MediVita500: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. MediClinic Premium: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✓ PSV: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. KVT500 (Kindertarif): Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ MediClinic Premium: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. MediVita500: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓ PSV: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. KVT500 (Kindertarif): Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ MediClinic Premium: Ja, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. MediVita500: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?				
Gebührenordnung Stationär				
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ KVT500 (Kindertarif): Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. PSV: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn dies durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist und die Aufwendungen nach den Bemessungskriterien dieser Gebührenordnungen angemessen sind.	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ MediVita500: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. MediClinic Premium: Privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) sind über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ KVT500 (Kindertarif): Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. PSV: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden, wenn dies durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist und die Aufwendungen nach den Bemessungskriterien dieser Gebührenordnungen angemessen sind.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ MediClinic Premium: Bei privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt. MediVita500: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small> AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia <small>Versicherungen</small> einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	KVT500 (Kindertarif), PSV: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	✓ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die den Gebührenordnungen für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer). Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	✓ Bei Behandlungen im Ausland sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	MediClinic Premium, MediVita500: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.
Stationär				
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✓ Ja, eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern, - eine Notfallweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte, - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt (nur bei bestimmten Diagnosen), - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.	✓ Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: - die stationäre Einrichtung an der versicherten Person nur Heilbehandlungen durchführt, für die eine stationäre Behandlung notwendig ist oder - eine Einweisung wegen eines Notfalls erfolgt ist oder - es sich um das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der versicherten Person handelt oder - während des Aufenthaltes in einer gemischten stationären Einrichtung eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung notwendig macht oder - es sich um eine Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) handelt.	✓ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlungen wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✓ Auf eine fehlende Leistungszusage wird sich nicht berufen, wenn: - es sich um eine akute Notfallweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder - ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✓ MediClinic Premium: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. MediVita500: Aufwendungen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen sind bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr zu 100% erstattungsfähig, darüber hinaus zu 70%, sofern der Versicherungsnehmer vor Ablauf der 6 Wochen die medizinische Notwendigkeit einer darüber hinausgehenden Behandlung dem Versicherer gegenüber nachweist.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 HanseMercur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small> AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia <small>Versicherungen</small> einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✓ Ja. Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativ-medizinische Behandlungen durchführen. Es werden die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden. Kosten, für die ein anderer Kostenträger leisten muss (vor allem die private Pflegepflichtversicherung), werden nicht ersetzt.	✓ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✓ MediVita500: Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. MediMPlus: Erstattet werden nach Vorleistung der beim Versicherer abgeschlossenen Grundversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung 100% der verbleibenden Aufwendungen für - eine stationäre oder teilstationäre Unterbringung in einem von der GKV zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird. - ambulante ärztliche Leistungen während der gesamten Zeit einer stationären Aufnahme in einem von der GKV zugelassenen Hospiz. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen GOÄ erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia Versicherungen einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn				
Zahnbehandlung (%)?	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	✔ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Wird nicht kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz ab dem 01.01. des Folgejahres jährlich um 10% bis auf 60%. Der Erstattungssatz erhöht sich wieder jährlich um 10%, wenn kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen wird.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Wird nicht kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz für Kieferorthopädie ab dem 01.01. des Folgejahres jährlich um 10% bis auf 60%. Der Erstattungssatz erhöht sich wieder jährlich um 10%, wenn kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen wird.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.
Gebührenordnung Zahn				
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	✔ Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	MediVita Z 90, MediVita500: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small> AM12 S1 Z9 PPN	Barmenia <small>Versicherungen</small> einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Ausland				
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	 Der Versicherungsschutz ist zeitlich nicht begrenzt.  Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer nur zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Hinweis: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	 AM12, S1, Z9: Es besteht - zeitlich unbegrenzter - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.	 Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.	 Es besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	 KVT500 (Kindertarif): Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. PSV: Die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland werden erstattet. Dies gilt nicht, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist. Wurde die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt die Leistung nur im Falle eines Unfalls. Bei Auslandsreisen werden ferner nach dem Tod einer versicherten Person die Überführungskosten nach Deutschland oder Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung entstanden wären. Dieser Versicherungsschutz gilt für kurzfristige Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von drei Monaten.	 S1: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall: - bei einem versicherten Elternteil: inkl. der entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - bei versicherten minderjährigen Kindern: inkl. der Kosten einer notwendigen Begleitperson Der Versicherer organisiert den Transport. Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert. Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung). AM12: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.	 Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.	Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 HanseMercur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small> AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia <small>Versicherungen</small> einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Optionsrecht auf Höherversicherung				
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?		<p>✔ AM12, S1, Z9: ⚠ Bei Erreichen des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umgestellt werden. Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats; Antragstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM12, S1, Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.</p>	<p>✔ Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.</p>	<p>✔ Eine Umstellung kann jeweils nach Ablauf von 24 oder 36 Monaten seit Vertragsbeginn erfolgen, sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten vor Ablauf der genannten Vertragslaufzeit gestellt wird.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small> AM12 S1 Z9 PPN	Barmenia <small>Versicherungen</small> einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?		<p>✓ AM12, S1, Z9: ⚠ Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist, - bei Aufenthalt im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern, - einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person, - bei Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt Ausbildung, Bachelor, Master, Staatsexamen), sofern eine der Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. - bei Heirat/Eintragung einer Lebenspartnerschaft, - bei Scheidung/Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, - bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner, wenn beide Partner nach diesem Tarif versichert sind. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs, - bei einer Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit (bei Selbständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich). <p>Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses, welches nachzuweisen ist, beantragt werden. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: AM12, S1, Z9: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.</p>	<p>✓ Es ist anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten: Zusätzlich innerhalb von 15 Versicherungsjahren zu folgenden Anlässen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abschluss Berufsausbildung - einmalig bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltentätigkeit und Selbstständigkeit - Entsendung der versicherten Person ins Ausland <p>Nach Reduktion des Versicherungsschutzes (max. 2 mal, Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif)</p>	Nein, es besteht kein anlassbezogenes Optionsrecht.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 SDK <small>Einfach für Ihr Leben da.</small> AM12 S1 Z9 PPN	 Barmenia <small>Versicherungen</small> einsA expert 1 PVN	 Gothaer MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))				
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	PSV: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. KVT500 (Kindertarif): In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	S1: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn andere Kostenträger nicht leisten müssen. AM12: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	MediClinic Premium: Nein. Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn die Maßnahme vollständig durch einen privaten Krankenversicherer erbracht wird / eine private Krankenversicherung Kostenträger der Maßnahme ist (s. o.). MediVita500: In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ KVT500 (Kindertarif): Ja. Leistung vorhanden, s. o. PSV: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ AM12: Ja. Leistung vorhanden, s. o. S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ MediVita500: Ja. Leistung vorhanden, s. o. MediClinic Premium: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ KVT500 (Kindertarif), PSV: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM12: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ MediClinic Premium, MediVita500: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	KVT500 (Kindertarif): Nein. Ambulante und (teil-)stationäre AHB (in "gemischten Krankenanstalten") sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig. PSV: Nein. Teilstationäre und stationäre AHB (in "gemischten Krankenanstalten") sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig.	✔ AM12, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	MediClinic Premium: s. Kompakttarif/Grundtarif MediVita500: Nein. AHB werden nur nach vorheriger Zusage bei bestimmten Erkrankungen/Diagnosen erstattet.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	✔ KVT500 (Kindertarif): Ja. Leistung vorhanden, s. o. PSV: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ AM12: Ja. Leistung vorhanden, s. o. S1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ MediVita500: Ja. Leistung vorhanden, s. o. MediClinic Premium: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	KVT500 (Kindertarif), PSV: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ S1: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM12: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ MediClinic Premium, MediVita500: Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	PSV: s. ambulanten Tarif bzw. Kompakttarif. KVT500 (Kindertarif): Nein. Es werden nur ambulante Reha-Maßnahmen - bei bestimmten Diagnosen - erstattet.	✔ AM12, S1: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ MediClinic Premium: s. Kompakttarif/Grundtarif MediVita500: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 HanseMerkur KVT500 (Kindertarif) PSV PVN	 Einfach für Ihr Leben da. AM12 S1 Z9 PPN	 Versicherungen einsA expert 1 PVN	 MediVita 500 MediClinic Premium MediVita Z 90 MediMPlus PVN
Monatsbeitrag:	178,59 €	181,63 €	193,51 €	200,38 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag				
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener 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, umfasst der Versicherungsschutz auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen).	✓ 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 Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✓ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).