Analyse Krankenversicherung

Vorschlag für

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

KV Werk GmbH

Levelnine

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	01.01.1985
Geschlecht:	Frau
Berufsgruppe:	Arbeitnehmer/in
Status:	Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn:	01.02.2020
Tarifgebiet:	West
Tarifarten:	Ambulant Stationär Zahn

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
DKV	BMG / 0 BMZ1G	272,05 €
Württembergische	AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	292,23 €
Deutscher Ring	AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	291,85 €
Barmenia	AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	265,43 €
Arag	182 282 261 Dent100	237,01 €

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

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

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

DKV	Württembergische	Deutscher Ring	Barmenia	Arag
BMG / 0 **265,22 €** Kostenerstattungstarif (mit Alterungsrückstellungen) für GKV-Versicherte nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV: - ambulante ärztliche Leistungen, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransporte, Psychotherapie (SB ab 31. Sitzung) . Sehhilfen: bis zu 500 EUR innerhalb von 24 Monaten / Lasik-OP - Alternativmedizin/Hufelandverzeichnis bzw. Heilpraktiker: 80%, je max. 1.000 EUR p.a. - Pauschale für amb. OP und amb./stat. Entbindung - Zahnbehandlung incl. Prophylaxe/PZR - Zahnersatz, Inlays: 85% - KFO bis Alter 18 - 2-Bettzimmer + wahlärztliche/belegärztliche Leistungen - 30 EUR Kurtagegeld, max. 28 Tage alle 36 Monate - Ausland - Rücktransport, Überführung oder Beisetzung - gesetzl. Zuzahlungen - Beitragsfreiheit bei längerem Krankenhausaufenthalt (> 92 Tage) - Optionsrecht auf Umstellung in KV-Voll oder Hinzuversicherung BMZ1G Tarifstand: 01.10.2015	**AKU** **153,68 €** Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für GKV-Versicherte nach dem Kostenerstattungsprinzip. - 100% ambulante Behandlung nach GKV-Vorleistung - 50% ambulante Behandlung ohne GKV-Vorleistung Tarifstand: 01.01.2018	**AmbulantPLUS** **33,21 €** Ergänzungstarif für GKV-Versicherte: - 100% Vorsorgeuntersuchungen und Reiseschutzimpfungen bis 750 EUR innerh. von 2 Kj. - 100% gesetzliche Zuzahlungen bis 250 EUR p. a. - Sehhilfen bis 375 EUR innerhalb von zwei Kj. (alternativ 100% LASIK-Zuschuss bis 1.000 EUR) - 100% Restkosten für Hilfsmittel bis 750 EUR p .a. - 80% Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte, Arzneimittel, bis 750 EUR im Kalenderjahr - 100% Auslandsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung Tarifstand: 01.01.2020	**AK+** **145,32 €** Ergänzungstarif für GKV-Versicherte, die das Prinzip Kostenerstattung gewählt haben. 100% Erstattung der Restkosten für ambulante Behandlung, Arznei- und Heilmittel und Zahnbehandlung. Tarifstand: 01.01.2017	**182** **145,49 €** Ambulante Zusatzversicherung. 100%ige Erstattung der Restkosten amb. Behandlung durch Ärzte, Heilpraktiker u. Hebammen, Heil-, Arznei- u. Verbandmittel (ohne GKV-Vorleistung 60%). 75 € Selbstbeteiligung p.a. Tarifstand: 01.01.2020

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

DKV	Württembergische	Deutscher Ring	Barmenia	Arag
BMZ1G **6,83 €** Stationärer Zusatztarif für GKV-Versicherte (Aufbaustufe zu BMG-Tarifen): - 1-Bettzimmer Tarifstand: 01.10.2015	**BZGU20** **12,07 €** Zusatzversicherung für GKV-Versicherte oder im Basistarif einer PKV Versicherte: - 20% Zahnersatz (incl. Implantate, Inlays) + Kompositfüllungen - 80 EUR PZR je Versicherungsjahr - Sehhilfen bis 125 EUR alle 2 Versicherungsjahre - Vorlage Heil- und Kostenplan ab 1.500 EUR RB erforderlich, ansonsten halbiert sich der Erstattungssatz - in Kombination mit ZGU 30/50/70 (oder ZE50/70) : Annahme bis 4 fehlende Zähne möglich Tarif ohne Altersrückstellungen Tarifstand: 01.01.2015	**AmbulantTOP** **174,87 €** Ergänzungstarif für GKV-Versicherte, die das Kostenerstatungsprinzip gewählt haben. 100% Erstattung der Restkosten (ohne GKV 80%) für: - ärztliche Leistungen incl. Arznei- und Verbandmittel (keine Vorsorgeuntersuchungen; keine Naturheilkunde) - Schutzimpfungen (keine Reiseimpfungen) - Hilfsmittel (insgesamt max. 750 EUR Selbsbehalt p. a.); keine Sehhilfen - Heilmittel - ambulante Transportkosten - 50 psychotherapeutische Sitzungen p. a. - häusliche Behandlungspflege - Leistungen der Hebammen und des Entbindungspflegers Tarifstand: 01.01.2020	**AN+** **28,18 €** Ergänzungstarif: - 80% für Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktikerleistungen bis 1.000 EUR p. a. - 100% für Sehhilfen bis 300 EUR alle 2 Kalenderjahre - Auslandsreisekrankenversicherung (max. 8 Wochen) incl. Rücktransport, Überführungs- oder Bestattungskosten Tarifstand: 01.01.2017	**261** **48,84 €** Stationäre Zusatzversicherung: - 1- o. 2-Bett-Zimmer - wahlärztliche Behandlung Tarifstand: 01.01.2016

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

DKV	Württembergische	Deutscher Ring	Barmenia	Arag
	NaturMedPlus **34,76 €** Zusatzversicherung für GKV-Versicherte (oder im Basistarif einer PKV Versicherte): - Naturheilverf. durch Ärzte (Hufeland), Heilpraktiker, Osteopathie: 100% n. Vorleistung (ohne 80%); 1.000,- ab 3. KJ, voher 200,- bzw. 300,- - Vorsorgeuntersuchungen (auch IGel), Schutzimpfungen: 150,- innerhalb von 2 KJ - Sehhilfen nach Vorleistung: 125,- innerhalb von 2 Kalenderjahren - freie Krankenhauswahl (nur bedingt) Tarifstand: 01.01.2020	**clinic +** **47,50 €** Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte: - 1- und 2-Bettzimmer - privatärztliche Behandlung ("Chefarzt" und Belegarzt) - freie Krankenhauswahl - Krankentransporte - Rooming-In - Kurtagegeld (21 EUR, max. 28 Tage) AVB: Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB) - 1372203 Sep17 (472438), Teil III (clinc +) - 1376003 Jan18 (472C31) Tarifstand: 01.10.2018	**B-Smart** **14,88 €** Zusatzversicherung für GKV-Versicherte: - Sehhilfen: 300 EUR innerh. v. 2 KJ # LASIK-OP´s o. ä.: max. 1.000 EUR insgesamt für beide Augen - Heil- + Hilfsmittel: max. 300 EUR p.a. # Hörgeräte: max. 600 EUR p. a. - gesetzliche Zuzahlungen - Naturheilverfahren durch Ärzte/Behandlungen durch Heilpraktiker (auch Hufeland): max. 150 EUR p. a. - 5.000 EUR Einmalzahlung bei bestimmten schweren Erkrankungen bzw. bis Alter 20 ab einem Grad der Behinderung von 50 - Kinderkrankengeld: 15 EUR pro Tag, solange GKV leistet - Freie Krankenhauswahl # Rooming-in - Reise-Schutzimpfungen: 100 EUR p. a. # Auslandsreise-KV bis zu 8 Wochen incl. Rücktransport Tarif ohne Alterungsrückstellungen Tarifstand: 01.02.2015	**282** **5,32 €** Ergänzungstarif fur GKV-Versicherte: - Sehhilfen: 80% der Restkosten bis 155 EUR alle 36 Monate/bei Änderung um 0,5 Dioptrien (mit GKV-Vorleistung: keine zeitliche Begrenzung) - gesetzliche Zuzahlungen für Heilmittel - Heilpraktiker: 50% bis 260 EUR p. a. - Auslandsreise-KV bis 6 Wochen (incl. Rücktransport, Überführungs- oder Bestattungskosten) Tarifstand: 01.01.2016

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

DKV	Württembergische	Deutscher Ring	Barmenia	Arag
	SZE **8,56 €** Stationäre Zusatzversicherung (Ergänzung zu SZ oder SZR) - Differenzkosten 1-/-2-Bettzimmer Tarif SZE_K140A_09.2017; Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB)_K002D_09.2018 Tarifstand: 16.09.2017	**ZahnTOP** **36,27 €** Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte - 100% Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung - 90% Zahnersatz inkl. GKV-Leistung - 90% Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung - 90% prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR RB p. a. inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres - 90% Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat Die Erstattungshöchstsätze betragen im 1. Kj. bis zu 1.000 EUR, im 2. bis 4. Kj. zusammen 2.000 EUR, ab dem 5. Kj. unbegrenzt Tarifstand: 01.01.2019	**PRAEVI+** **7,35 €** Zusatzversicherung: Ergänzungstarif für ambulante Vorsorgemaßnahmen durch Ärzte. - Tarif ohne Gesundheitsprüfung - Tarif ohne Altersrückstellungen Tarifstand: 01.01.2018	**Dent100** **37,36 €** Zahnzusatzversicherung für GKV-Versicherte: Zahnersatz, Implantate, Inlays: 90% (bei 5-jähriger Vorsorge 100%) inkl. GKV Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung: 100% inkl. GKV Zahnbehandlung: 100% inkl. GKV Wurzbehandlung (Privatrechnung ohne GKV-Vorleistung trotz Anspruch): 50% PZR/Prophylaxe: 100%, max. 2x je 100 EUR p. a. inkl. evtl. GKV-Vorleistung schmerzstillende/angstlindernde Maßnahmen: 100%, max. 350 EUR p. a. inkl. evtl. GKV-Vorleistung zahnaufhellende Maßnahmen: 100%, max. 300 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren KFO, altersunabhängig: 90% (ohne Leistungspflicht der GKV) 90% bis 2.000 EUR während gesamter Vertragslaufzeit (bei Leistungspflicht der GKV) Tarif ohne Alterungsrückstellungen planmäßige Beitragserhöhung zum 1.1. des Kalenderjahres, in dem das 41., 46., 51., 56 oder 61. Lebensjahr vollendet wird Tarifstand: 01.11.2017

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

DKV	Württembergische	Deutscher Ring	Barmenia	Arag
	SZ **40,01 €** Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte (oder FHF) oder bei anderer PKV Vollversicherte ohne stationäre Wahlleistungen: - 2-Bettzimmer - Wahlarzt, Belegarzt - freie Krankenhauswahl - ambulante OPs - Transportkosten bei (Wunsch-)Verlegung - einmalige Vor- und Abschlussuntersuchung - AHB (wenn ambulant nicht durchführbar) - Rooming-In Tarif SZ_K138A_09.2017; Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB)_K002D_09.2018 Tarifstand: 16.09.2017 **ZBU** **16,25 €** Zahnzusatzversicherung für GKV-Versicherte:: - Zahnbehandlung, incl. Prophylaxe: 100% (ohne Vorleistung 50%) - Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose bis insgesamt 200 EUR je Versicherungsjahr (sofern zusammenhängend mit Zahnbehandlung). Tarifstand: 01.01.2016		**TOPS** **55,67 €** Stationäre Zusatzversicherung für GKV-Versicherte: - 1- + 2-Bettzimmer - wahlärztliche Behandlung - freie Klinikwahl - ambulante OP`s - gesetzliche Zuzahlung (10 EUR/28 Tage + Transportkosten) - Transportkosten nach Vorleistung GKV bis 250 EUR je Aufenthalt - Reha-Tagegeld - Rücktransport aus dem Ausland Tarifstand: 01.01.2020 **ZGU+** **14,03 €** Ergänzungstarif: - 85% Zahnersatz - 85% Implantate - 85% Inlays - Zahnbehandlung - 85% parodontologische Behandlung - 85% Zahnprophylaxe (max. 85 € p.a.) (Tarif ohne Altersrückstellungen) Tarifstand: 01.01.2019	

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

DKV	Württembergische	Deutscher Ring	Barmenia	Arag
	ZGU 70 **26,90 €** Zahnzusatzversicherung: - Zahnersatz, incl. Implantate und Inlays: 70%, max. 80% incl. Vorleistung Vorlage Heil- und Kostenplan ab 1.500 EUR RB erforderlich, ansonsten halbiert sich der Erstattungssatz. Tarifstand: 01.01.2020			
Gesamtbeitrag mtl.: 272,05 €	**292,23 €**	**291,85 €**	**265,43 €**	**237,01 €**

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

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.

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Ambulant Vorsorge Heilpraktiker Psychotherapie Heil- und Hilfsmittel					
Stationär	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn					

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.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

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	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Heilpraktiker						
Heilpraktiker	☑	✔	✔	✔	✔	✔
- ... % Erstattung	☑	80 % ⚠ Hinweis: Aufwendungen für vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie werden nicht erstattet.	100 % ⚠ Hinweis: 80%ige Erstattung, wenn die GKV (oder der Basistarif) keine Leistungen erbringt.	80 %	100 %	100 %
- ... € Erstattung (im Schnitt p.a.)	☑	1.000,00 €	1.000,00 € ⚠ Hinweis: Im 1. Kalenderjahr ist der Erstattungsbetrag ingesamt (incl. Naturheilverfahren durch Ärzte und Osteopathie) auf 200 EUR und im 2. Kalenderjahr auf 300 EUR begrenzt.	750,00 €	1.150,00 €	unbegrenzt
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)	☑	⚠ Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sein.		✔	✔	
- Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis durch Ärzte	☑	✔	✔	✔	✔	
- bis Höchstsatz GebüH	☑	✔	✔	✔	✔	✔
Sehhilfen						
Sehhilfen	☑	✔	✔	✔	✔	✔

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
- Erstattung ... %	✓	100 %	100 %	100 %	100 % ⚠ Hinweis: Für Brillen-/ Kontaktlinsenträger wird ein Zuschlag in Höhe von 2,50 EUR mtl. erhoben.	80 % ✗
- Erstattung ... €	✓	500,00 €	500,00 €	375,00 €	600,00 €	155,00 € ✗
- erneuter Anspruch mind. alle 24 Monate	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.	✓	✓	✗ ⚠ Hinweis: Leistet die GKV vor, werden Sehhilfen ohne zeitliche Begrenzung erstattet.
- LASIK (Laserbehandlung Augen)	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.	✓	✗
Vorsorge						
Vorsorge	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Vorsorgeuntersuchungen		✓	✓	✓	✓	✓
- Vorsorgeuntersuchungen (im Schnitt p.a. ... €)	✓	unbegrenzt	unbegrenzt	375,00 €	unbegrenzt	unbegrenzt
Zuzahlungen GKV						
Zuzahlungen GKV	✓	✗	✓	✓	✓	✓
- Arznei-/Heilmittel		✓		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Zuzahlungen für Heilmittel sind erstattungsfähig.
- Hilfsmittel		✓		✓	✓	
- IGeL-Leistungen	✓	✓	✓	✓	✗	✗
sonstiges		✓		✓	✓	
Ausland						
Ausland		✓		✓	✓	✓

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
- Auslandskrankenversicherung		✔ ⚠ Hinweis: europäisches Ausland (der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein): zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz außereuropäisches Ausland: 6 Monate		✔	✔	✔
- im Ausland bei Erkrankung auch über versicherte Dauer hinaus		✔			✔	✔
- Auslandsrücktransport		✔		✔	✔	✔
- Überführung aus dem Ausland		✔		✔	✔	✔
- Bestattung im Ausland		✔		✔	✔	✔
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)						
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Erstattung - wenn GKV vorleistet...						
- Erstattung der Restkosten zu ... %	✔	100 %	100 % ⚠ Hinweis: Die Erstattung von Aufwendungen aus diesem Tarif setzt voraus, dass die versicherte Person bei ihrer Krankenkasse anstelle des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wählt. Wird Kostenerstattung nicht gewählt oder werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Arzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	100 %	100 %	100 %
- Selbstbeteiligung begrenzt auf ... € p.a.	✔	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	75,00 €
Erstattung - ohne GKV-Vorleistung...						
- Erstattung der Kosten zu ... %		100 %	50 %	80 %	0 %	60 %
- Selbstbeteiligung begrenzt auf ... € p.a.		0,00 €	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)						
- keine Beschränkung auf Unfälle / bestimmte Erkrankungen / €-Beträge...	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Selbstbeteiligung unabh. von GKV-Vorleistung max. ... € p.a.		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	75,00 €
- GOÄ mind bis Höchstsatz (3,5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	✓	✗	✗	✗	✓
- Heilmittel (physikalische Medizin)	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Osteopathische Behandlungen sind bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr (max. 60 EUR pro Sitzung) erstattungsfähig, sofern die Behandlung aufgrund ärztlicher Veranlassung durch Angehörige der Heilfachberufe (z. B. Physiotherapeut) durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.	✓	✓	✓
- Heilmittel (Logopädie)	✓	✓	✓	✓	✗	✓
- Heilmittel (Ergotherapie)	✓	✓	✓	✓	✗	✓
- Hilfsmittel	✓	✓	✓	✓	✓	✗
- Vorsorge über gesetzliche Programme	✓	✓	✓	✗	✓	✓
- Arznei- u. Verbandmittel	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Psychotherapie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Krankentransporte ambulant	✓	✓	✓	✓	✗	✓
- Krankentransporte (z.B. zur Chemotherapie, Dialysebehandlung...)	✓	✓	✓	✓	✗	✓
- Erstattung Abschlag Verwaltungskosten/fehl. Wirtschaftlichkeitsprüfung	✓	✓	✗	✗	✗	✗
- Hebammenkosten bei ambulanter Entbindung		✓	✓	✓		✓

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
- Erstattung privatzahnärztlicher Behandlungskosten		✔ ⚠ Hinweis: Ausführliche Informationen zu den versicherten Leistungen s. Zahnbereich!			✔	
Weitere Kriterien						
- Differenzkosten bei Wahl des Krankenhauses		✔	✔ ⚠ Hinweis: Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.		✔	
- Beitragsrückerstattung						✔
- Optionsrecht Vollversicherung		✔ ⚠ Hinweis: Weitere "Optionsrechte": - Wechsel in andere Selbstbehaltstufe zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne Gesundheitsprüfung - Hinzuversicherung des BMZ1G (sofern der BMG bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat) zu Beginn des 4. Versicherungsjahres (ohne Gesundheitsprüfung) oder 6. Versicherungsjahres (max. 100% Risikozuschlag auf den Mehrbeitrag)				
- Zugang zu Experten bei bestimmten Erkrankungen		⚠ Hinweis: Serviceleistungen: - Beratung und Informationen durch die Experten des Gesundheitstelefons der DKV - 24-Stunden-Notruf-Services				
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht		✔	✔	✔	✔	✔
- Bildung von Alterungsrückstellungen		✔	✔	✔	✔	✔
- Mindestvertragsdauer		2	2	2 ⚠ Hinweis: Die Wartezeiten entfallen.	2	2

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
sonstiges						
sonstiges		✔	✔ ⚠ Hinweis:	✔	✔	✔

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer	☑	✔ ⚠ Hinweis: Zählt das 2-Bettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, wird der Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene 1-Bettzimmer zu 60% erstattet.	✔ ⚠ Hinweis: SZ: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind zu 60% erstattungsfähig, wenn das 2-Bettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt.	✔	✔	✔
- 2-Bettzimmer	☑	✔ ⚠ Hinweis: Für stationäre Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.	✔	✔	✔	✔
- Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/ Spezialist)	☑	✔ ⚠ Hinweis: Für stationäre Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.	✔	✔	✔	✔
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten						
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	☑	✔	✔	✔	✔	✔
- Ambulante OPs als Privatpatient	☑	✔	✔	✘	✔	✔
- Differenzkosten Wahl anderes KH als in ärztl. Einweisung	☑	✔	✔ ⚠ Hinweis: Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.	✔ ⚠ Hinweis: Leistet die GKV für Krankenhausaufenthalte im Ausland nicht oder nur eingeschränkt, sind die verbleibenden oder zusätzlichen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nicht Gegenstand dieses Tarifs.	✔	✔
- gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung	☑	✘	✘	✔	✔	✔
- Krankenhaus Eigenanteil (10,- € pro Tag)	☑	✔	✘	✘	✔	✘

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
- Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)	✓	✗	✓	✓	✓	✗
- Leistungen für stationäre Kuren		✓		✓	✓	
- Ersatzkrankenhaustagegeld	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Privatkliniken: Wahlleistung uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓
- Optionsrecht Wechsel in Vollversicherung		✓				
- Bildung von Alterungsrückstellungen	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer		2	2	2	2	2
sonstiges		✓	✓	✓	✓	

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Leistungsbeispiele € (Eigenanteil ohne GKV-Bonus etc.)						
- Bsp. 1: Krone einfach/ Regelversorgung 260 € - Erstatt. Eigenanteil (130 €):	☑	91,00 €	130,00 €	130,00 €	91,00 €	130,00 €
- Bsp. 2: Krone hochwertig 540 € - Erstatt. Eigenanteil (410 €):	☑	329,00 €	410,00 €	356,00 €	329,00 €	356,00 €
- Bsp. 3: Inlay 600 € - Erstatt. Eigenanteil (555 €):	☑	465,00 €	540,00 €	495,00 €	465,00 €	495,00 €
- Bsp. 4: Implantat + Zahnersatz 3.300 € - Erstatt. Eigenanteil (2.980 €):	☑	2.485,00 €	2.970,00 €	2.650,00 €	2.485,00 €	2.650,00 €
Erstattungsgrundlage (RB-RK-FZ)						
- Rechnungsbetrag		✔	✔	✔	✔	✔
- Restkosten						
- Festzuschuss der GKV						
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)						
- keine Anrechung von GKV-Leistungen			✔			
Zahnersatz ... %						
Zahnersatz ... %	☑	85 %	90 %	90 %	85 %	90 % ⚠ Hinweis: Verblendungen (in Verbindung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz) werden bis Zahn 7 erstattet.
- Erhöhung durch "GKV-Bonusheft" auf max. ... %					⚠ Hinweis: Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht. Allerdings wird bei Zahnersatzleistungen (Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate) als GKV-Vorleistung maximal der befundbezogene Festzuschuss für die Zahnersatz-Regelversorgung in der GKV OHNE Bonus abgezogen, sodass sich dadurch der verbleibende Eigenanteil reduziert (Gesamterstattung incl. GKV max. 100%).	100 %
- im Rahmen GKV-Regelversorgung ... %		85 %	90 %	100 %	85 %	100 %

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)						
- Keramikverblendungen bis Zahn ...			8			7
Inlays						
Inlays	✓	✔	✔	✔	✔	✔
- Inlays mind. ... %		85 %	90 %	90 %	85 %	90 %
- Inlays max. Erstattung ... € p.a.	✓	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- max. Erstattung pro Inlay … €		unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt
Implantate						
Implantate	✓	✔	✔	✔	✔	✔
- Implantate mind. ... %		85 %	90 %	90 %	85 %	90 %
- Implantate max. Erstattung ... € p.a.	✓	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- Anzahl Implantate		12	unbegrenzt	unbegrenzt		unbegrenzt
- max. Erstattung pro Implantat … €		unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt
- Augmentative Leistungen (Knochenaufbau)		✔	✔	✔	✔	✔
Erstattungsgrenzen € (in den ersten Jahren)						
- max. mögl. Erstattung im 1. Jahr ... €	✓	1.000,00 €	900,00 €	1.000,00 €	1.000,00 €	1.500,00 € ⚠ Hinweis: Die summenmäßigen Begrenzungen halbieren sich, wenn bei Antragstellung Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgung, kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen stattfinden oder notwendig/vom Zahnarzt empfohlen/ beabsichtigt sind UND/ ODER eine parodontale Erkrankung innerhalb der letzten drei Jahre festgestellt und/oder behandelt wurde/wird.
- max. mögl. Erstattung bis Ende 2. Jahr ... €	✓	2.000,00 €	1.800,00 €	3.000,00 €	2.000,00 €	3.000,00 €
- Summenbegrenzung endet nach ... Jahren		5	4	5		5
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)						
Funktionsanalytik und -therapie		✔	✔	✔	✔	✔

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Zahnbehandlung/Prophylaxe						
- Kunststofffüllungen ... %	☑	100 %	100 % ⚠ Hinweis: Die medizinische Notwendigkeit muss gegeben sein.	90 %	85 %	100 %
- Wurzelbehandlung ... % ohne GKV-Vorleistung	☑	100 %	100 %	90 %	85 %	100 % ⚠ Hinweis: Besteht ein GKV-Leistungsanspruch, wird jedoch nicht in Anspruch genommen, werden 50% erstattet.
- Wurzelbehandlung ... % mit GKV-Vorleistung		100 %	100 %	90 %		100 %
- Parodontologische Behandlung ... % ohne GKV-Vorleistung	☑	100 %	100 %	90 %	85 %	100 %
- Parodontologische Behandlung ... % mit GKV-Vorleistung		100 %	100 %	90 %		100 %
prof. Zahnreinigung ... € (p. a.)	☑	unbegrenzt	unbegrenzt	135,00 € ⚠ Hinweis: Die Prophylaxe wird nur erstattet, sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.	85,00 €	200,00 €
- Bleaching ... € (p. a.)						150,00 €
- Fissurenversiegelung		✔	✔		✔	✔
- weitere als die o.g. Bereiche versichert?			✔	✔		
Weitere Kriterien						
- Wartezeiten Verzicht Prophylaxe		✔	✔	✔	✔	✔
Zahn						
Kieferorthopädie		✔		✔		✔
Kieferorthopädie						
- Keine pauschale Höchsterstattung z.B. pro Jahr/Kiefer/ Versicherungsfall		✔		✔		⚠ Hinweis: Keine pauschale Höchsterstattung für versicherte Personen ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV (altersunabhängig).
- Erstattung wenn GKV nicht leistet (KIG 1,2) ... %		100 %		90 %		90 %
- Erstattung wenn GKV nicht leistet (KIG 1,2) ... €		unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
- Erstattung wenn GKV leistet (KIG 3-5) ... %		100 %		90 %		90 %
- Erstattung wenn GKV leistet (KIG 3-5) ... €		unbegrenzt		unbegrenzt		2.000,00 €
- Mehrkosten (z.B. transparente Brackets...) in Bedingungen aufgeführt						✔
- Mehrkosten spezifiziert/ detailliert aufgelistet						
- Funktionsanalyse Kieferorthopädie						
- Mögliche Erstattung im 1. bis einschl. 2. Jahr ... €		unbegrenzt		3.000,00 €		3.000,00 € ⚠ Hinweis: KFO bis Alter 17, mit Leistungsanspruch GKV: max. 2.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit
- Kfo-Behandler ohne GKV-Kassenzulassung		✔				
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		18		20		unbegrenzt
Gebührenordnung						
- GOZ mind. bis Höchstsatz (3,5)	☑	✔	✔ ⚠ Hinweis: BZGU20: Bei Kompositfüllungen sind die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Regelhöchstsatz der GOZ begrenzt.	✔	✔	✔
- GOZ Erstattung über Höchstsatz (> 3,5 fach)		✔				✔
Weitere Kriterien						
- Behandler ohne GKV-Kassenzulassung		✔	✔ ⚠ Hinweis: ZBU: Erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.		✔	

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:		272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
- Vorleistung GKV nicht erforderlich	☑	✔	✔ ⚠ Hinweis: ZBU: Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	✔	✔ ⚠ Hinweis: Sind zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen worden, werden bei Zahnersatz 40% und bei Inlays und Kunststofffüllungen 20% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen.	✔ ⚠ Hinweis: Für reine Privatrechnungen (außer für Wurzelbehandlungen), ohne dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht kein Leistungsanspruch.
- Keine Begrenzung auf das GKV-Niveau		✔	✔	✔	✔	✔
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o.ä.			✔			✔
- Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgeschrieben		✔	✔	✔		✔
- Ausland: Leistung bei gezielter Behandlung EU / EWR		✔	✔			
- Schmerztherapie (Hypnose, Akupunktur)		✔	✔	✔		✔
- Behandlung unter Vollnarkose			✔			✔
- Laserbehandlung (Karies/ Wurzel/Parodontose)						✔
- Aufbissbehelfe und –schienen			✔			
- Wartezeiten Verzicht		✔		✔		✔
- Annahme soll möglich sein bis ... fehlende Zähne		0	32	3	3	3
- Bildung von Alterungsrückstellungen		✔	✔	✔		
- Verzicht ordentliches Kündigungsrecht d. Versicherer	☑	✔	✔	✔	✔	✔
- Mindestvertragsdauer		2	2	2	2	2
Zahn						
- sonstiges		✔	✔	✔	✔	✔

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Heilpraktiker					
Heilpraktiker erstattungsfähig?	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Behandlung durch Heilpraktiker sind erstattungsfähig.	Die Leistung ist vorhanden.
Wie hoch sind Heilpraktikerleistungen erstattungsfähig? (%)	Heilpraktikerleistungen einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel werden zu 80% (incl. etwaiger GKV-Leistungen) erstattet. Hinweis: Aufwendungen für vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie werden nicht erstattet.	NH: Heilpraktikerleistungen einschließlich Heilmittel und im Rahmen der Behandlung verordnete Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet, wenn auch die GKV (oder der Basistarif) hierfür Leistungen erbringt. Nicht erstattet werden: - gesetzliche Zuzahlungen der GKV (und Zuzahlungen des Basistarifs) - Psychotherapie - Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z.B. für Psychotherapie oder Physiotherapie) haben. AKU: Behandlungen durch Heilpraktiker sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: 80%ige Erstattung, wenn die GKV (oder der Basistarif) keine Leistungen erbringt.	AmbulantPLUS: Heilpraktikerleistungen (incl. Arzneimittel) werden nach evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger) zu 80% erstattet. AmbulantTOP: Heilpraktikerleistungen sowie vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig.	AN plus: Heilpraktikerleistungen werden zu 80% erstattet. B-Smart: Behandlungen durch Heilpraktiker incl. der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet. AK plus: Behandlungen durch Heilpraktiker sind nicht erstattungsfähig.	282: Leistungen des Heilpraktikers sowie die von ihm verordneten Medikamente, Heil- und Verbandmittel werden zu 50% des Rechnungsbetrages erstattet (Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet). 182: Heilpraktikerleistungen werden zu 60% erstattet, sofern keine Vorleistung durch die GKV erfolgt (mit Vorleistung insgesamt 100%).
Wie hoch sind Heilpraktikerleistungen erstattungsfähig? (€)	Heilpraktikerleistungen (incl. Arzneiittel) werden bis max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr erstattet.	Heilpraktikerleistungen werden bis max. 1.000 EUR pro Kalenderjahr erstattet (incl. Naturheilverfahren durch Ärzte und Osteopathie). Hinweis: Im 1. Kalenderjahr ist der Erstattungsbetrag ingesamt (incl. Naturheilverfahren durch Ärzte und Osteopathie) auf 200 EUR und im 2. Kalenderjahr auf 300 EUR begrenzt.	Die Erstattung ist insgesamt (Leistungen im Rahmen GebüH, nach Hufeland, Naturheilkunde durch Ärzte + Arzneimittel) auf 750 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	AN plus: Heilpraktikerleistungen werden, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen, bis insgesamt (incl. Naturheilverfahren durch Ärzte) 1.000 EUR pro Kalenderjahr erstattet. B-Smart: Heilpraktikerleistungen werden bis insgesamt (incl. Naturheilverfahren durch Ärzte) 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	182: Heilpraktikerleistungen sind ohne generelle Summenbegrenzung p.a. erstattungsfähig. 282: Heilpraktikerleistungen werden bis 260 EUR pro Versicherungsjahr (= Kalenderjahr) erstattet.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sein.	Leistungen über GebüH hinaus sind nicht vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	Erstattungsfähig sind die Kosten für von Heilpraktikern durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).	B-Smart: Ja, versichert sind auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 aufgeführt sind (die Liste der erstattungsfähigen Leistungen ist Bestandteil der Bedingungen). AN plus: Erstattungsfähig sind Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführt sind und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.	282: Leistungen über das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) hinaus sind nicht vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre. 182: Nein, Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Sind Naturheilverfahren/Hufelandverzeichnis durch Ärzte erstattungsfähig?	✔ Methoden der Alternativmedizin einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel werden zu 80% (incl. etwaiger GKV-Leistungen) bis max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr ersetzt, sofern die Behandlungen im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis aufgeführt sind.	✔ Erstattet werden Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis im Rahmen der GOÄ-Höchstsätze einschließlich der im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Arznei- und Verbandmittel zu 100%, wenn auch die GKV (oder der Basistarif) hierfür Leistungen erbringt (keine Zuzahlungen), ansonsten 80% - ab dem 3. Kalenderjahr/KJ bis insgesamt (incl. Heilpraktikerleistungen und Osteopathie) max. 1.000 EUR pro Kalenderjahr (1.KJ = 200 EUR, 2. KJ = 300 EUR).	✔ AmbulantPLUS: Erstattungsfähig sind die Kosten (incl. Arzneimittel) für: – von Ärzten durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde - naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ - wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie) Die Aufwendungen (incl. Heilpraktikerleistungen) werden nach evtl. Vorleistung der GKV zu 80% bis max. 750 pro Kalenderjahr erstattet. AmbulantTOP: Nein. Die Kosten für naturheilkundliche Leistungen (z. B. im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen und homöopathische Behandlungen) von Ärzten sind nicht erstattungsfähig.	✔ B-Smart: Ja, Naturheilverfahren durch Ärzte incl. der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel sind versichert. Erstattet werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 aufgeführt sind (die Liste der erstattungsfähigen Leistungen ist Bestandteil der Bedingungen) - innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ (Gebührenrodnung für Ärzte), bis insgesamt (incl. Heilpraktikerleistungen) 150 EUR pro Kalenderjahr. AN plus: Versichert sind Aufwendungen für die nicht unter die Leistungspflicht der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe fallenden naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Die Aufwendungen werden, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen, bis insgesamt (incl. Heilpraktikerleistungen) 1.000 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✘ 282: Naturheilverfahren durch Ärzte sind nicht erstattungsfähig. 182: Nein. Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.
Sind Heilpraktikerleistungen mind. bis Höchstsatz GebüH erstattungsfähig?	✔ Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).	✔ AN plus: Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des gültigen Gebührverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. B-Smart: Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.	✔ 182, 282: Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH erstattungsfähig.
Sehhilfen					
Sind Sehhilfen erstattungsfähig?	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (%)	✔ Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen) werden zu 100% erstattet.	✔ AKU: Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Haftschalen) werden zu 100% erstattet. BZGU20: Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen) werden zu 100% erstattet. NH: Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) werden zu 100% erstattet.	✔ AmbulantPLUS: Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) werden zu 100% erstattet abzgl. einer evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger). AmbulantTOP: Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig.	✔ AK plus: ⚠ Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig. B-Smart: Brillen oder Kontaktlinsen werden zu 100% erstattet. AN plus: Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) werden zu 100% erstattet. Hinweis: Für Brillen-/Kontaktlinsenträger wird ein Zuschlag in Höhe von 2,50 EUR mtl. erhoben.	✘ 182: Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig. 282: Die (auch nach GKV-Vorleistung) verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) werden zu 80% erstattet.
Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)	✔ Sehhilfen werden bis 500 EUR erstattet.	✔ BZGU20: Sehhilfen werden bis 125 EUR erstattet. AKU: Sehhilfen werden bis max. 250 EUR erstattet. NH: Die (ggf. nach Vorleistung der GKV (oder dem Basistarif) verbleibenden) Kosten für Sehhilfen werden bis max. 125 EUR erstattet.	✔ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) werden bis max. 375 EUR erstattet.	✔ B-Smart: Brillen oder Kontaktlinsen werden bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR erstattet. AN plus: Sehhilfen werden bis 300 EUR erstattet.	✘ Sehhilfen werden bis 155 EUR erstattet.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Ist ein erneuter Anspruch alle 24 Monate gegeben?	✓ Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.	✓ BZGU20: Sehhilfen sind alle 2 Versicherungsjahre erstattungsfähig. AKU: Sehhilfen sind alle 2 Versicherungsjahre erstattungsfähig. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe bei einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. NH: Sehhilfen sind innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Hinweis: Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.	✓ Sehhilfen sind innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.	✓ B-Smart: Sehhilfen sind innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. AN plus: Erneuter Anspruch für die Erstattung von Sehhilfen alle zwei Kalenderjahre.	✗ Ohne GKV-Vorleistung entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Hinweis: Leistet die GKV vor, werden Sehhilfen ohne zeitliche Begrenzung erstattet.
Sind LASIK-Behandlungen erstattungsfähig?	✓ Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Lasik Operation (Methode zur Behebung von Fehlsichtigkeit mittels Lasertechnik) werden zu 100% erstattet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.	✓ BZGU20, NH: Laserbehandlung ist nicht erstattungsfähig. AKU: Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR je Auge erstattungsfähig, sofern die Sehschwäche nicht durch eine andere Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) ausgeglichen werden kann.	✓ AmbulantPLUS: Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn besteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100% bis zu insgesamt 1.000,– EUR für beide Augen abzgl. einer evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger). Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit. AmbulantTOP: Laserbehandlung ist nicht erstattungsfähig. Hinweis: Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.	✓ AN plus: Laserbehandlung ist nicht erstattungsfähig. B-Smart: Erstattungsfähig zu 100% sind Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen innerhalb der GOÄ - bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR für beide Augen. Die Kosten werden einmalig, frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs ersetzt.	✗ Laserbehandlung ist nicht erstattungsfähig.
Vorsorge					
Ist Vorsorge erstattungsfähig?	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.
Welche Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig?	✓ Erstattet werden die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für - Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (ohne gesetzliche Altersgrenzen) sowie weitere gezielte Vorsorgeuntersuchungen (s. Anhang II der Bedingungen) - Schutzimpfungen (incl. Impfstoffe), die von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes bzw. Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden (auch Reiseimpfungen) zu 100%.	✓ AKU: Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt. NH: Medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig. Hierzu gehören auch individuelle Gesundheitsleistungen (IGel) und Schutzimpfungen (inklusive Reiseimpfungen) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO).	✓ AmbulantPLUS: Erstattungsfähig sind die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu zählen z. B.: – Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge. – Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie. – Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen. – Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse. AmbulantTOP: Vorsorgeuntersuchungen sind nicht erstattungsfähig.	✓ AK plus: Ja, Vorsorgeuntersuchungen sind zu 100% erstattungsfähig. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen (ohne Vorleistung keine Erstattung). PRAEVI plus: Erstattungsfähig sind z.B. zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung, Ruhe und/oder Belastungs-EKG, Zusätzliche Kinder-/Jugendlichen-Früherkennungsuntersuchungen, Augencheck/Hör-Check für Kinder und Jugendliche, Schielvorsorge für Kinder, gynäkologische u. urologische Komplett-Vorsorge, Lungenfunktionsprüfung, Auflichtmikroskopie der Haut, Mammographie, Hirnleistungscheck, Zusatzuntersuchung im Schwangerschaftsverlauf, Osteodensitometrie, Glaukomfrüherkennung, Entspannungsverfahren, Beratung zur Zusammenstellung einer Hausapotheke, Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung.	✓ Vorsorgeuntersuchungen ohne Alters-, Diagnosebeschränkung und ohne zeitliche Einschränkung werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).
Bis zu welchem Betrag sind Vorsorgeuntersuchungen mind. erstattungsfähig?	✓ Vorsorgeuntersuchungen werden ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattet (aber Höchsterstattungsbeträge je Untersuchung beachten!).	✓ AKU: Vorsorgeuntersuchungen werden ohne pauschale Höchstgrenze erstattet. NH: Die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen (incl. IGel und Schutzimpfungen) werden bis zu 150 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet.	✓ Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen werden zu 100% erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger). Die Erstattungen (incl. Reiseschutzimpfungen) sind auf insgesamt 750 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren begrenzt.	✓ PRAEVI plus: Vorsorgeuntersuchungen werden ohne pauschale Höchstgrenze erstattet. AK plus: Vorsorgeuntersuchungen werden ohne pauschale Höchstgrenze erstattet (sofern die GKV vorleistet).	✓ Vorsorgeuntersuchungen werden ohne pauschale Höchstgrenze erstattet.
Zuzahlungen GKV					
Sind Zuzahlungen GKV erstattungsfähig?	✗	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Sind Kosten für Arznei-/Heilmittel erstattungsfähig?	Die Zuzahlungen für Arznei-/Heilmittel sind erstattungsfähig.	Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.	Erstattet werden zu 100% die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr sowie für Arznei- und Verbandmittel. Die Erstattungen für die Zuzahlungen (incl. Hilfsmittel, Haushaltshilfen) auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	AK plus: Zuzahlungen für Arznei-/Heilmittel sind nicht erstattungsfähig. B-Smart: Die Zuzahlungen für Arznei-/Heilmittel sind erstattungsfähig.	282: Zuzahlungen für Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig. 182: Die Zuzahlungen für Arznei-/Heilmittel sind erstattungsfähig. Hinweis: Zuzahlungen für Heilmittel sind erstattungsfähig.
Sind Kosten für Hilfsmittel erstattungsfähig?	Die Zuzahlungen für Hilfsmittel sind erstattungsfähig.	Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.	Erstattet werden zu 100% die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für Hilfsmittel. Die Erstattungen für die Zuzahlungen (incl. Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel, Haushaltshilfen) sind auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	AK plus: Die Zuzahlungen für Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig. B-Smart: Die Zuzahlungen für Hilfsmittel sind erstattungsfähig.	182, 282: Die Zuzahlungen für Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig.
Sind Kosten für IGeL-Leistungen erstattungsfähig?	IGel-Leistungen werden im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen übernommen.	Medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen, die als individuelle Gesundheitsleistungen (IGel) gelten, werden insgesamt (incl. anderer Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) bis 150 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet.	AmbulantTOP: IGeL-Leistungen sind nicht erstattungsfähig. AmbulantPLUS: Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen sind IGeL-Leistungen erstattungsfähig.		IGeL-Leistungen sind nicht versichert.
Zuzahlungen GKV - sonstiges?	Erstattungsfähig sind auch gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen bei: - Transporten - häuslicher Behandlungspflege		Erstattet werden zu 100% die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für Haushaltshilfen. Die Erstattungen für die Zuzahlungen (incl. Heilmittel, Hilfsmittel, Arznei- und Verbandmittel) sind auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	Erstattungsfähig zu 100% sind auch gesetzliche Zuzahlungen (nach SGB V) für: - medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6) - medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3) - Fahrkosten (§ 60 Abs. 2)	
Ausland					
Ausland - Auslandskrankenschutz enthalten?	Die Leistung ist vorhanden.		Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
Ist ein Auslandskrankenschutz enthalten (Dauer)?	europäisches Ausland: Liegen die Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, werden die Aufwendungen ersetzt, wenn und soweit sie in dem jeweiligen europäischen Staat üblich sind. außereuropäisches Ausland: Die Versicherungsleistungen sind auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen wären. Voraussetzung dafür ist, dass die im außereuropäischen Ausland entstehenden Aufwendungen höher und dort üblich sind. Hinweis: europäisches Ausland (der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein): zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz außereuropäisches Ausland: 6 Monate	Keine Leistung vorhanden.	Auslandskrankenversicherung für Auslandsreisen bis zu 8 Wochen.	AN plus: Auslandskrankenversicherung für Auslandsreisen bis zu einer Dauer von 8 Wochen enthalten. B-Smart: Auslandskrankenversicherung für die ersten acht Wochen eines vorübergehenden urlaubs- oder beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes. Kein Versicherungsschutz besteht für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen und bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.	Auslandskrankenversicherung für Auslandsreisen bis zu 42 Tage.
Wird bei einer Erkrankung im Ausland auch über die vereinbarte Dauer geleistet?	Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt (im außereuropäischen Ausland) wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Solange sie die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, besteht für bis zu zwei weitere Monate Versicherungsschutz.			AN plus: Versicherungsschutz besteht bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. B-Smart: Ja. Wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht innerhalb der 8 Wochen die Rückreise antreten kann, verlängert sich der Versicherungsschutz so lange, bis sie ohne Gefährdung ihrer Gesundheit zurückreisen kann (spätestens mit Ende des Versicherungsverhältnisses).	Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Ist der mediz. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?	✓ Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports werden - bei Organisation durch die DKV - zu 100% erstattet (ansonsten 80%).		✓ Erstattet werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports.	✓ AN plus: Die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport werden, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen, zu 100% ersetzt - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. B-Smart: Ersetzt werden 100% der Kosten für: - einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport aus dem Ausland (incl. der Kosten für das ggf. erforderliche medizinisch geschulte Begleitpersonal) - einen Rettungsflug (Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug), sofern er nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit ist, das Leben der versicherten Person zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird. Zusätzlich wird eine Pauschale von 500 EUR gezahlt zum Ausgleich weiterer Kosten. TOPS: Ja, die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport sind erstattungsfähig.	✓ Medizinisch notwendige und ärztliche angeordnete Rücktransporte sind erstattungsfähig (es ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem keine medizinischen Gründe entgegenstehen).
Ist die Überführung aus dem Ausland erstattungsfähig?	✓ Überführungskosten werden bis 10.000 EUR erstattet.		✓ Erstattet werden bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Überführungskosten (max. 11.000 €).	✓ B-Smart: Überführungskosten werden zu 100% bis 10.000 EUR erstattet. AN plus: Überführungskosten werden bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.	✓ Überführungskosten (Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung durch ein Bestattungsunternehmen) werden bis 10.250 EUR erstattet.
Ist die Bestattung im Ausland erstattungsfähig?	✓ Kosten für die Beisetzung im Ausland werden bis 5.000 EUR erstattet.		✓ Erstattet werden bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungskosten (max. 11.000 €).	✓ B-Smart: Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden bis 10.000 EUR erstattet. AN plus: Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.	✓ Kosten für die Bestattung am ausländischen Sterbeort (Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet) werden bis 10.250 EUR erstattet.
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)					
Ist eine Behandlung als Privatpatient erstattungsfähig?	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Die Leistung ist vorhanden.	✓ Ambulante Behandlung als Privatpatient ist erstattungsfähig.	✓ Die Leistung ist vorhanden.
Erstattung - wenn GKV vorleistet...					
Höhe der Erstattung privatärztl. Behandlung inkl. GKV-Vorleistung?	✓ Die nach Vorleistung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen werden zu 100% ersetzt.	✓⚠ Privatärztliche Behandlungen sind inkl. GKV-Vorleistung zu 100% erstattungsfähig. Hinweis: Die Erstattung von Aufwendungen aus diesem Tarif setzt voraus, dass die versicherte Person bei ihrer Krankenkasse anstelle des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wählt. Wird Kostenerstattung nicht gewählt oder werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Arzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	✓ Privatärztliche Behandlungen sind inkl. GKV-Vorleistung zu 100% erstattungsfähig.	✓ Privatärztliche Behandlungen sind zu 100% erstattungsfähig, von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen.	✓ Privatärztliche Behandlungen werden nach Vorleistung der GKV zu 100% (abzgl. einer Selbstbeteiligung von 75 EUR p. a.) erstattet.
Privatarzt mit GKV-Vorleistung max. SB ...€	✓ Der Tarif sieht keinen Selbstbehalt vor.	✓ Der Tarif sieht an dieser Stelle keine Selbstbeteiligung vor.	✓ Der Tarif sieht keinen Selbstbehalt vor, wenn eine Vorleistung aus der GKV erfolgt.	✓ Der Tarif sieht keinen Selbstbehalt vor, wenn eine Vorleistung aus der GKV erfolgt.	✓ Die Selbstbeteiligung ist auf 75 EUR p. a. begrenzt.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Erstattung - ohne GKV-Vorleistung...					
Höhe der Erstattung privatärztl. Behandlung ohne GKV-Vorleistung?	✓ Privatärztliche Behandlungen sind ohne GKV-Vorleistung zu 100% erstattungsfähig.	✓ Privatärztliche Behandlungen sind ohne GKV-Vorleistung zu 50% erstattungsfähig.	✓ Privatärztliche Behandlungen sind ohne GKV-Vorleistung zu 80% erstattungsfähig.	✓ Ohne GKV-Vorleistung erfolgt keine Erstattung aus diesem Tarif.	✓ Privatärztliche Behandlungen werden ohne Vorleistung der GKV zu 60% erstattet.
Privatarzt ohne GKV-Vorleistung max. SB ...€	✓ Der Tarif sieht keinen Selbstbehalt vor.	✓ Die Selbstbeteiligung ist der Höhe nach nicht begrenzt.	✓ Der Selbstbehalt ist in der Höhe nicht begrenzt.	✓ Ohne GKV-Vorleistung erfolgt keine Erstattung aus diesem Tarif.	✓ Die Selbstbeteiligung ist in der Höhe nicht begrenzt.
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)					
Leistet der Tarif ohne Beschränkung auf Unfälle/ bestimmte Erkrankungen?	✓ Keine Beschränkung auf Unfälle/bestimmte Erkrankungen.	✓ Ja, der Tarif leistet ohne Einschränkung.	✓ Ja, der Tarif leistet ohne Einschränkung.	✓ Ja, der Tarif leistet ohne Einschränkung.	✓ Ja, der Tarif leistet ohne Einschränkung.
Wie hoch ist die maximale Selbstbeteiligung pro Jahr?	✓ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Nein, der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Nein, der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Nein, der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✓ Der Tarif beinhaltet eine pauschale Selbstbeteiligung von 75 EUR pro Kalenderjahr.
Leistet der Tarif im ambulanten Bereich mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ Ja, der Versicherer leistet ggf. auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.	✓ Ja, im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Ja, im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Ja, der Versicherer leistet auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus bis zum Rechnungsbetrag.
Leistet der Tarif im abmulanten Bereich auch über den Höchstsatz der GOÄ?	✓ Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.	✗ Nein, im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✗ Nein, im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✗ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Ja, der Versicherer leistet auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus bis zum Rechnungsbetrag.
Sind Kosten für Heilmittel (z.B. Massagen, Ergo-/ Logopädie) erstattungsfähig?	✓ Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für verordnete Heilmittel werden zu 100%, im Rahmen der im Heilmittelverzeichnis des Versicherers genannten Höchstbeträge, erstattet. Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis aufgeführten Leistungen. Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (z. B. Krankengymnastik, Massagen), medizinische Bäder sowie logopädische, podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen. Aufwendungen für sonstige Leistungen, wie z. B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder sowie Mehraufwendungen, die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen, sind nicht erstattungsfähig.	✓ ⚠ Heilmittel werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet, wenn sie von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden. Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der jeweils gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattungsfähig. Hinweis: Osteopathische Behandlungen sind bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr (max. 60 EUR pro Sitzung) erstattungsfähig, sofern die Behandlung aufgrund ärztlicher Veranlassung durch Angehörige der Heilfachberufe (z. B. Physiotherapeut) durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.	✓ Erstattungsfähig sind alle im den Versicherungsbedingungen angehangenen Heilmittelverzeichnis aufgeführten Leistungen bis zu den dort genannten Höchstbeträgen - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%.	✓ B-Smart: Heilmittel (medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen) werden zu 100% bis zu einem Gesamtbetrag von ingesamt (incl. Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräte), s. Punkt "Hilfsmittel") 300 EUR pro Kalenderjahr erstattet. Zusammen mit den Leistungen für Hörgeräte werden insgesamt bis zu 600 EUR pro Kalenderjahr erstattet. AK plus: Ja. Heilmittel (und zwar medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen) sind zu 100% erstattungsfähig. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen (ohne Vorleistung keine Erstattung). Werden o.g. Leistungen durch nicht-ärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (z. B. Physiotherapeuten) verabreicht, sind Gebühren bis zum 1,1-fachen der vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.	✓ Ja, Heilmittel (z. B. Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung) werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%). Bei Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Angiopathie und/ oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.
Sind Kosten für Logopädie erstattungsfähig?	✓ Logopädie wird im Rahmen der im Heilmittelverzeichnis genannten Höchstbeträge erstattet.	✓ Ja, die Kosten für Logopädie sind zu 100% (nach Vorleistung der GKV) erstattungsfähig.	✓ Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%.	✗ Nein, die Kosten für Logopädie sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für Logopädie werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).
Sind Kosten für Ergotherapie erstattungsfähig?	✓ Ergotherapie wird im Rahmen der im Heilmittelverzeichnis genannten Höchstbeträge erstattet.	✓ Ja, die Kosten für Ergotherapie sind zu 100% (nach Vorleistung der GKV) erstattungsfähig.	✓ Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%.	✗ Nein, die Kosten für Ergotherapie sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für Ergotherapie werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Sind zusätzlich zur GKV Leistungen für Hilfsmittel erstattungsfähig?	✔ Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für verordnete Hilfsmittel werden zu 100% erstattet. Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Inhalationsgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, orthopädische Maßschuhe, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf) können direkt bezogen werden. Aufwendungen für weitere Hilfsmittel, z.B. Atemtherapiegeräte, Krankenfahrstühle, Hörgeräte sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer vor dem Bezug eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat.	✔ Hilfsmittel sind über den Vertragspartner der Krankenkasse zu beziehen. Von der GKV nicht übernommene Aufwendungen (Mehrkosten) werden zu 100% ersetzt. Kann ein Hilfsmittel nicht über die Krankenkasse bezogen werden oder beteiligt sich die GKV nicht an den Kosten, werden die Aufwendungen ersetzt, wenn das Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer beschafft und zur Verfügung gestellt wird oder das Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers beschafft wird.	✔ AmbulantTOP: Hilfsmittel (außer Sehhilfen) sind erstattungsfähig, wenn sie über die GKV bzw. einen Vertragspartner der GKV oder über die SIGNAL zur Verfügung gestellt wurden oder die Kostenübernahme vom Versicherer vorher zugesagt wurde. Der erstattungsfähige Betrag wird zunächst um eine evtl. vorhandene GKV-Vorleistung vermindert. Anschließend wird ein Selbstbehalt von insgesamt 750 EUR pro Kalenderjahr abgezogen. AmbulantPLUS: Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100% abzgl. einer evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger) und der gesetzlichen Zuzahlung bis max. 750 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✔ AK plus: Die Kosten für Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig. B-Smart: Hilfsmittel (Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen, Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen, elektronische Kehlköpfe, Körperersatzstücke (z. B. Prothesen und Epithesen), Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Krankenfahrstühle und lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Atemmonitore werden zu 100% bis zu einem Gesamtbetrag von ingesamt (incl. Heilmittel, s. Punkt "Heilmittel") 300 EUR pro Kalenderjahr erstattet. Zusammen mit den Leistungen für Hörgeräte (s. u.) werden insgesamt bis zu 600 EUR pro Kalenderjahr erstattet. Hörgeräte: Erstattet werden 100% bis zu einem Gesamtbetrag von 600 EUR pro Kalenderjahr. Von dem Gesamtbetrag werden die Leistungen für Heil- und Hilfsmittel abgezogen.	✘ Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig.
Sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzliche Programme hinaus erstattungsfähig?	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja, Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✘ Vorsorgeuntersuchungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzliche Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ Ja, Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme erstattungsfähig. Erfolgt keine Vorleistung aus der gesetzl. Krankenversicherung, werden 60% des Rechnungsbetrages erstattet.
Sind verbleibende Restkosten für Medikamente erstattungsfähig?	✔ Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für verordnete Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet. Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung werden ersetzt, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	✔ Ja, Arznei- u. Verbandmittel (hierzu zählen auch homöopathische Arzneimittel) werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet.	✔ AmbulantTOP: Ja, Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%, nicht jedoch die Kosten für naturheilkundliche Arzneimittel (z. B. homöopathische Mittel). Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) sowie die Kosten für Sondennahrung (wenn aufgrund medizinisch notwendiger Indikation einer normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist) werden vergütet. AmbulantPLUS: Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden, werden nach Abzug einer evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger) und der gesetzlichen Zuzahlung zu 80% erstattet - bis insgesamt (incl. Naturheilkunde durch Heilpraktiker/Ärzte) max. 750 EUR pro Kalenderjahr.	✔ Ja, Arznei- u. Verbandmittel sind zu 100% erstattungsfähig. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen (ohne Vorleistung keine Erstattung).	✔ Ja, Arznei- u. Verbandmittel werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).
Wie werden verbleibende Restkosten bei ambulanter Psychotherapie erstattet?	✔ Erstattet werden: - bis 30. Sitzung: 100% - 31. bis 60. Sitzung: 80% (incl. etwaiger GKV-Leistungen) - ab der 61. Sitzung: 70% (incl. etwaiger GKV-Leistungen) Übernimmt die GKV keine Kosten, ist eine vorherige schriftliche Leistungszusage erforderlich.	✔ Erstattungsfähig sind nach Abzug der GKV-Vorleistung 80% der verbleibenden Aufwendungen für ambulante Psychotherapie. Erbringt die GKV keine Leistung, werden Aufwendungen nicht ersetzt.	✔ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Behandlungen p.a. erstattungsfähig - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%.	✔ Psychotherapeutische Behandlungen sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik sind zu 80% erstattungsfähig. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen (ohne Vorleistung keine Erstattung).	✔ Erstattet werden 50 Behandlungsstunden pro Jahr - nach Vorleistung der GKV zu 100% (ohne Vorleistung 60%).
Sind ambulante Krankentransporte erstattungsfähig?	✔ Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Transporte werden zu 100% in folgenden Fällen ersetzt: - nach einem Unfall oder im Notfall zum nächsterreichbaren Arzt bzw. zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus - zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt: Schwerbehinderung mit dem Zusatz „aG" (außergewöhnlich Gehbehindert), „Bl" (Blindheit) bzw. „H" (Hilflos) oder Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind für jeden Kilometer 0,22 Euro erstattungsfähig.	✔ Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind bei nachgewiesener Gehunfähigkeit die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%.	✘ Nein, ambulante Krankentransporte sind nicht erstattungsfähig.	✔ Ja, ambulante Krankentransporte werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Sind Fahrtkosten (z.B. zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) erstattungsfähig?	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Transporte zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie werden zu 100% ersetzt: Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind für jeden Kilometer 0,22 Euro erstattungsfähig.	Transportkosten bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapi sind erstattungsfähig.	Fahrten zur Dialyse sowie Chemo- und Strahlentherapie sind erstattungsfähig - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%.	Nein, Krankenfahrten (z.B. zur Chemotherapie, Strahlenbehandlung, Dialyse) sind nicht erstattungsfähig.	Ja, Krankenfahrten (z.B. zur Chemotherapie, Strahlenbehandlung, Dialyse) werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).
Ist der Abschlag Verwaltungskosten/fehl. Wirtschaftlichkeitsprüfung der GKV erstattungsfähig?	Die von der GKV in Abzug gebrachten Abschläge für Verwaltungskosten werden zu 100% erstattet. Aufwendungen, die auf einem mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen, werden nicht ersetzt.	Nein, der Abschlag für Verwaltungskosten und/oder fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung ist bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. Auch von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V sind nicht erstattungsfähig.	Nein, der Abschlag für Verwaltungskosten und/oder fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung ist bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	Nein, der Abschlag für Verwaltungskosten und/oder fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung ist bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.	Nein. Die Erstattung des Abschlags für Verwaltungskosten und/oder fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung ist bedingungsgemäß nicht geregelt. Laut Versichererinfo werden diese Kosten jedoch übernommen.
Sind anfallende Hebammenkosten bei ambulanter Entbindung erstattungsfähig?	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Leistungen der Hebamme/des Entbindungspflegers werden zu 100% erstattet, sofern die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.	Erstattungsfähig sind ambulante und häusliche Entbindungen, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebamme/des Entbindungspflegers handelt und diese im Rahmen der dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen.	Ja, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen - mit GKV-Vorleistung zu 100%, ohne zu 80%.	Nein, Hebammenkosten sind bei ambulanter Entbindung nicht erstattungsfähig.	Ja, Hebammenkosten werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).
Werden zahnärztliche Restkosten für GKV-Versicherte nach Kostenerstattungsprinzip erstattet?	Ja. Erstattungsfähig sind Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Hinweis: Ausführliche Informationen zu den versicherten Leistungen s. Zahnbereich!	Nein, die privatzahnärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	Nein, zahnärztliche (und kieferorthopädische) Leistungen sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.	Ja, die privatzahnärztliche Behandlung ist zu 100% erstattungsfähig. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen (ohne Vorleistung keine Erstattung). Zahnersatz, Inlays, Kunststofffüllungen sowie Zahn- und Kieferregulierungen sind nicht versichert.	Nein, die privatzahnärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.
Weitere Kriterien					
Sind Differenzkosten bei Wahl anderes Krankenhaus in ärztl. Einweisung genannt erstattungsfähig?	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen werden zu 100% ersetzt.	Die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind nach Vorleistung der GKV (bzw. aus dem Basistarif) erstattungsfähig. Hinweis: Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.		B-Smart: Die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig. Leistet die GKV nicht, entfällt auch die Leistung nach diesem Tarif. TOPS: Ja, die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.	
Ist eine Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit vorgesehen?	Der Tarif sieht keine Beitragsrückerstattung vor.		AmbulantPLUS: Eine Beitragsrückerstattung ist nicht vorgesehen. AmbulantTOP: Ab 2020 wird keine BRE mehr ausgezahlt.		BRE ab 2019 (Auszahlung in 2020 ff.): 3,5 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn).
Ist im ambulanten Bereich ein Optionsrecht für den Wechsel in eine private Voll-KV enthalten?	Ja, es besteht ein Optionsrecht auf eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung sowie eine private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Risikoprüfung innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Versicherung in der GKV. Hinweis: Weitere "Optionsrechte": - Wechsel in andere Selbstbehaltstufe zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne Gesundheitsprüfung - Hinzuversicherung des BMZ1G (sofern der BMG bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat) zu Beginn des 4. Versicherungsjahres (ohne Gesundheitsprüfung) oder 6. Versicherungsjahres (max. 100% Risikozuschlag auf den Mehrbeitrag)	SZE: Tarif kann mit OPTU (Optionsversicherung für GKV-Versicherte) kombiniert werden. SZ: Tarif kann mit Teil III Tarif OPTU Optionsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.
Wird vom Versicherer der Zugang zu einem Experten ermöglicht?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Serviceleistungen: - Beratung und Informationen durch die Experten des Gesundheitstelefons der DKV - 24-Stunden-Notruf-Services				

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ BZGU20: BZGU20: Nein, der Versicherer verzichtet nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren nach Versicherungsbeginn. ZBU: Nein, der Versicherer verzichtet nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren nach Versicherungsbeginn. NH, AKU: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ AmbulantPLUS, AmbulantTOP: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ PRAEVI plus, B-Smart, AK plus, TOPS, AN plus: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ 182, 282: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Werden im Tarif Alterungsrückstellungen gebildet oder handelt es sich um einen reinen Risikobeitrag?	✔ Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.	✔ BZGU20: BZGU20: Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. AKU: Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet. NH: Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet. ZBU: Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag.	✔ AmbulantPLUS, AmbulantTOP: Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.	✔ PRAEVI plus: Nein, es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. TOPS: Ja, in diesem Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet. B-Smart: Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. AK plus, AN plus: Ja, im Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.	✔ 182: Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet. 282: Ja, im Tarif werden Alterungsrückstellungen gebildet.
Wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ AKU: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. BZGU20, NH, ZBU: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ ⚠ AmbulantPLUS, AmbulantTOP: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Hinweis: Die Wartezeiten entfallen.	✔ PRAEVI plus, AK plus, TOPS, AN plus: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. B-Smart: Die Mindesttarifdauer beträgt zwölf Monate. Erstmalige Kündigungsmöglichkeit (ohne eine Frist): zum Ende der Mindesttarifdauer, danach (ohne eine Frist): zum Ende eines jeden Monats.	✔ 182, 282: Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Ambulant

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
sonstiges					
Sonstige ambulante Leistungen	✔ Erstattet werden auch zu 100% (incl. etwaiger GKV-Vorleistung): - Kinderwunschbehandlung (unter bestimmten Voraussetzungen) - häusliche Behandlungspflege - Entziehungsmaßnahmen nach vorheriger Zusage (max. 3 Maßnahmen incl. stationärer Maßnahmen; vorangegangene Maßnahmen werden angerechnet) Zahlung einer Pauschale von: - 200 EUR für ambulantes OP´s in bestimmten Bereichen (gesondertes Verzeichnis beachten) - 1.000 EUR bei ambulanter Entbindung Kurtagegeld von 30 EUR tgl. bei ärztlich verordneter ambulanter Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, max. 28 Tage alle 36 Monate (incl. stationärer Maßnahmen).	✔ ⚠ AKU: Erstattet werden auch: - Häusliche Krankenpflege - Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, ausgenommen der Impfungen, die durch Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich waren. Nicht erstattungsfähig: - Aufwendungen für Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft Der Tarif sieht keine Wartezeiten vor. NH: Es bestehen keine Wartezeiten. Osteopathie: Erstattet werden bis zu sechs Sitzungen je Kalenderjahr - zu 100%, wenn auch die GKV (oder der Basistarif) hierfür Leistungen erbringt (keine Zuzahlungen), ansonsten 80% - ab dem 3. Kalenderjahr/KJ bis insgesamt (incl. Heilpraktikerleistungen und Naturheilverfahren durch Ärzte) max. 1.000 EUR pro Kalenderjahr (1.KJ = 200 EUR, 2. KJ = 300 EUR); max. 60 EUR Erstattungsbetrag je Sitzung. Mehrkosten, die für die Behandlung durch Heilpraktiker, ärztliche Naturheilverfahren und Osteopathie in der Wohnung der versicherten Person entstehen, werden nicht übernommen. Nährmittel und Stärkungspräparate (z.B. Vitamine / Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Aging-Präparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden, sind nicht erstattungsfähig. Dies gilt auch wenn sie verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten. ZBU: Nein, die Wartezeit für Zahnbehandlung beträgt acht Monate. Hinweis:	✔ AmbulantTOP: Erstattungsfähig sind auch: - Schutzimpfungen incl. Impfstoff, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus (aber keine reisemedizinischen Impfberatungen, reisemedizinischen Impfungen und deren Impfstoffkosten) - häusliche Behandlungspflege Kuren werden nicht übernommen. Außerhalb Deutschlands besteht kein Versicherungsschutz. AmbulantPLUS: Erstattungsfähig sind die Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten. Die tariflichen Leistungen für sämtliche Reiseschutzimpfungen werden zu 100% erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger). Die Erstattungen (incl. gezielter medizinischer Vorsorgeuntersuchungen) sind auf insgesamt 750 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren begrenzt. Die Wartezeiten entfallen.	✔ B-Smart: - Heil- und Hilfsmittel: s. Punkt "Ambulante Behandlung als Privatpatient - Heil-bzw. Hilfsmittel" - Für alle tariflichen Leistungen gilt: Die GKV ist zuerst in Anspruch zu nehmen. Bei "Krankengeld bei Erkrankung des versicherten Kindes" erfolgt eine Zahlung nur, wenn die GKV leistet. - Es gibt keine Wartezeiten. Zusätzliche Leistungen: - Soforthilfe bei bestimmten schweren Erkrankungen (s. Anhang 2 der Bedingungen): Einmalzahlung von 5.000 EUR (bei Auftreten einer weiteren schweren Erkrankung: keine weitere Pauschalleistung). - Soforthilfe von 5.000 EUR bei Kindern bis Alter 20 ab einem Grad der Behinderung/GdB von 50. Hat eine schwere Erkrankung nach Anhang 2 zu diesem GdB geführt, wird die Soforthilfe insgesamt nur einmalig gezahlt (bei Erhöhung des GdB: keine Sofortleistung). - Krankengeld bei Erkrankung des nach diesem Tarif versicherten Kindes: 15 EUR pro Tag, so lange die GKV leistet. - Reise-Schutzimpfungen einschl. Malaria-Prophylaxe bei Auslandsreisen + medizinischer Beratung (nach GOÄ): 100% bis max. 100 EUR p. a. AK plus: Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt auch dieser Selbstbehalt als Vorleistung der GKV.	✔ Schutzimpfungen (auch als Prophylaxe für Auslandsreisen) werden nach Vorleistung der GKV zu 100% erstattet (ohne Vorleistung 60%).

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Stationär

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Stationär					
Sind Mehrkosten für ein 1-Bett-Zimmer erstattungsfähig?	BMG 0: Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BMZ1G: Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer werden erstattet. Wird das 1-Bettzimmer schon aus Tarif BMG zu 60% erstattet (wenn 2-Bettzimmer zu den Regelleistungen des Krankenhauses zählt), übernimmt Tarif BMZ1G die Restkosten. Hinweis: Zählt das 2-Bettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, wird der Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene 1-Bettzimmer zu 60% erstattet.	SZE: Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für die verbleibenden Differenzkosten für Unterkunft im 1-Bettzimmer nach Abzug der Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer. Hinweis: SZ: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind zu 60% erstattungsfähig, wenn das 2-Bettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt.	Die Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer werden erstattet.	Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 1-Bettzimmer.	Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 1- o. 2-Bett-Zimmer.
Sind Mehrkosten für ein 2-Bett-Zimmer erstattungsfähig?	Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer werden erstattet. Hinweis: Für stationäre Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.	Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer werden erstattet.	Die Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer werden erstattet.	Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 2-Bettzimmer.	Erstattungsfähig sind Kosten für die Unterbringung im 1- o. 2-Bett-Zimmer.
Sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig ("Chefarzt")?	Ja, wahlärztliche Leistungen ("Chefarzt") und belegärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig. Hinweis: Für stationäre Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.	Ja, die privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	Ja, die privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	Ja, die privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	Privatärztliche Behandlung erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur nach Unfall oder bei bestimmten Krankheiten erstattet werden?					
Leistet der Tarif auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Ja, der Versicherer leistet ggf. auch über Höchstsätze der GOÄ hinaus. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.	Ja, der Versicherer leistet auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus für wahl- und belegärztliche Leistungen (soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	Ja, der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.	Ja, der Versicherer leistet auch über Höchstsätze der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland sind Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenord nungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	Privatärztliche Behandlung ist auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig.
Sind privatärztlich durchgeführte ambulante OPs erstattungsfähig?	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante OPs werden zu 100% erstattet (+ Pauschale von 200 EUR).	Bei einer ambulanten Operation (OP), die an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung tritt, werden privatärztliche Behandlungen zu 100% erstattet (Vorleistungen der GKV oder anderer Kostenträger werden angerechnet) - über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt; dies gilt nur, soweit die OP auf der Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger durchgeführt wird. Die OP muss in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder ambulanten OP-Zentrum von dort angestellten Ärzten oder Belegärzten an diesen Einrichtungen durchgeführt werden.	Nein, privatärztlich durchgeführte ambulante Operationen sind nicht erstattungsfähig.	Ja, privatärztlich durchgeführte ambulante Operationen sind nach Vorleistung der GKV erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind privatärztlich durchgeführte ambulante Operationen. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Stationär

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Sind Differenzkosten bei Wahl anderes Krankenhaus in ärztl. Einweisung genannt erstattungsfähig?	✔ Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen werden zu 100% ersetzt.	✔⚠ SZ: Ja. Bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind die verbleibenden Restkosten (max. die Differenz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen) des nächstgelegenen öffentlichen Krankenhauses) zu 100% erstattungsfähig, ausgenommen die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen sowie bei der GKV bestehende Selbstbehalte. Ohne GKV-Vorleistung erfolgt keine Erstattung. NH: Die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind nach Vorleistung der GKV (bzw. aus dem Basistarif) erstattungsfähig. Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. Hinweis: Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.	✔⚠ Ja. Die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig. Hinweis: Leistet die GKV für Krankenhausaufenthalte im Ausland nicht oder nur eingeschränkt, sind die verbleibenden oder zusätzlichen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nicht Gegenstand dieses Tarifs.	✔ B-Smart: Die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig. Leistet die GKV nicht, entfällt auch die Leistung nach diesem Tarif. TOPS: Ja, die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.	✔ Die Differenzkosten bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sind erstattungsfähig.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✘ Eine Zusage ist nicht notwendig bei: - einem Notfall, - einer akuten Erkrankung während des Aufenthaltes im Krankenhaus, wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wird.	✘ Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in "gemischten Krankenanstalten" ist nur im Fall von Operationen, Entbindungen, Fehlgeburten sowie nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation keine vorherige schriftliche Zusage erforderlich.	✔ Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten; - medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; - es sich um eine Notfalleinweisung handelte; - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war; - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.	✔ Keine vorherige Zusage ist erforderlich, - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern, - bei Notfallbehandlung, - 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.	✔ Die tariflichen Leistungen werden auch ohne vorherige schriftliche Zusage gewährt, wenn - es sich um eine Notfalleinweisung handelte - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte - bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte festgestellt wird, dass bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben worden wäre
Wird der gesetzl. Eigenanteil (10 € pro Tag, max. 28 Tage) im Krankenhaus erstattet?	✔ Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus sind erstattungsfähig.	✘ Zuzahlungen im Krankenhaus sind nicht erstattungsfähig.	✘ Zuzahlungen im Krankenhaus sind nicht erstattungsfähig.	✔ TOPS: Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus sind erstattungsfähig. B-Smart: Ja, die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Krankenhaus sind erstattungsfähig. Falls diese Leistung auch über einen anderen Tarif der Barmenia abgesichert ist, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 10 EUR für jeden Tag, für den die Zuzahlung zu tragen ist, gezahlt.	✘ Zuzahlungen im Krankenhaus sind nicht erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✘ Nein, die gesonderte Unterkunft/Verpflegung einer Begleitperson eines Kindes ist nicht erstattungsfähig.	✔ Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Elternteils erstattet; Dauer der Begleitung sowie deren Unterbringungs- und Verpflegungskosten sind durch eine Krankenhausbescheinigung nachzuweisen.	✔ Bei Krankenhausaufenthalt eines nach diesem Tarif versicherten, höchstens 9 Jahre alten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30 EUR täglich.	✔ B-Smart: Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden 100% der Unterbringungs- und Verpflegungskosten dieser Begleitperson gezahlt. TOPS: Erstattungsfähig ist die gesonderte Unterkunft/Verpflegung einer Begleitperson eines Kindes bis zum Alter 10.	✘

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Stationär

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Sind zusätzliche Leistungen für stationäre Kuren vorgesehen?	✔ Ja, bei einer ärztlich verordneten stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme wird ein Kurtagegeld von 30 EUR tgl. gezahlt, max. 28 Tage alle 36 Monate (incl. ambulanter Maßnahmen).	Nein. Leistungen für stationäre Kuren werden nicht erbracht.	✔ Bei einem Kuraufenthalt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung besteht Anspruch auf Kurtagegeld von 21 EUR bis zu einer Dauer von 28 Tagen, vorausgesetzt die Kurbehandlung: - beginnt innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung eines mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes, - ist von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden und - wird nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt.	✔ Bei einer stationären Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung, für die nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen keine Leistungspflicht des Versicherers nach Ziffer 1.11 dieses Tarifs (stationäre Heilbehandlung) besteht, wird ein Reha-Tagegeld gezahlt. Voraussetzung ist, dass der Maßnahme eine mit dieser in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist. Das Tagegeld beträgt 100 EUR pro Tag je Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung und wird längstens für die Dauer von 21 Tagen gezahlt.	
Ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld vorgesehen, wenn Wahlleistungen nicht in Anspruch genommen werden?	✔ BMG 0: Wird im Rahmen einer vollstationären Behandlung kein 1- oder 2-Bettzimmer in Anspruch genommen, wird ein Tagegeld von 20 EUR gezahlt; bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen werden 60 EUR gezahlt - jeweils ohne Anrechnung der Selbstbeteiligung. BMZ1G: Wir kein 1-Bettzimmer in Anspruch genommen, wird ein Tagegeld von 20 EUR gezahlt.	✔ SZ: Bei erklärtem Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bettzimmer (über die gesamte Dauer der stationären Behandlung) werden 30 EUR pro Tag gezahlt, 50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung. Geleistet wird nur bei vollstationärer Heilbehandlung, nicht jedoch bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation oder einer Anschlussheilbehandlung. SZE: Bei erklärtem Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft (über die gesamte Dauer der stationären Behandlung) werden 20 EUR pro Tag gezahlt. Bei Unterbringung im Mehrbettzimmer wird das Ersatzkrankenhaustagegeld zusätzlich zur Leistung aus der Grundversicherung gezahlt. Geleistet wird nur bei vollstationärer Heilbehandlung, nicht jedoch bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation oder einer Anschlussheilbehandlung.	✔ Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer berechnet, werden 36 EUR täglich gezahlt und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 30 EUR. Wurden bei einer vor- und/oder nachstationären Behandlung keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, wird eine Pauschalabgeltung von jeweils 60 EUR gezahlt. Kinder/Jugendliche erhalten jeweils die Hälfte. Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.	✔ Bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer und/oder privatärztliche Behandlung werden jeweils 25 EUR pro Tag gezahlt. Ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei teilstationärer Behandlung oder bei Behandlung in einer gemischten Krankenanstalt wird nicht gezahlt.	✔ Krankenhaus-Tagegeld bei Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer 26 € (Allgemeine Pflegeklasse), bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 16 €, bei Verzicht auf sämtliche tariflichen Leistungen 42 €. Kinder erhalten in Tarifstufe 261 jeweils 2/3 dieser Krankenhaus-Tagegeldsätze.
Werden die Wahlleistungen (nicht Regelleistungen) in Privatkliniken erstattet?	✔ Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.	✔ In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten die zusätzlichen Kosten für ein 2-Bettzimmer und die gesondert berechenbare wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung als Wahlleistungen. Wird eine Privatklinik gewählt, obwohl in der ärztlichen Einweisung ein anderes Krankenhaus genannt ist, sind die verbleibenden Restkosten (max. die Differenz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Aufwendungen für einen Aufenthalt im 3- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) des nächstgelegenen öffentlichen Krankenhauses) zu 100% erstattungsfähig, ausgenommen die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen sowie bei der GKV bestehende Selbstbehalte. Ohne GKV-Vorleistung erfolgt keine Erstattung.	✔ Ja, auch in Privatkliniken werden Wahlleistungen uneingeschränkt erstattet.	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.	✔ Ja, der Tarif leistet uneingeschränkt auch in Krankenhäusern, welche nicht nach dem KHEntgG bzw. der BPflV abrechnen.
Ist im stationären Bereich ein Optionsrecht für den Wechsel in eine Vollversicherung enthalten?	✔ Ja, es besteht ein Optionsrecht auf eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung sowie eine private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Risikoprüfung innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Versicherung in der GKV (+ weitere "Optionsrechte": Wechsel in andere Selbstbehaltstufe zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne Gesundheitsprüfung oder Hinzuversicherung des BMZ1G (sofern der BMG bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat) zu Beginn des 4. Versicherungsjahres (ohne Gesundheitsprüfung) oder 6. Versicherungsjahres (max. 100% Risikozuschlag auf den Mehrbeitrag)).	Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.	Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.	Nein, es ist kein Optionsrecht auf eine Vollversicherung enthalten.	

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Stationär

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Werden im Tarif Alterungsrückstellungen gebildet oder handelt es sich um einen reinen Risikobeitrag?	BMZ1G, BMG 0: Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.	SZ, NH, SZE: Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.	Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.	TOPS: Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet. B-Smart: Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich somit um einen reinen Risikobeitrag.	Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren?	BMZ1G, BMG 0: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	SZ, NH, SZE: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	B-Smart, TOPS: Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	BMZ1G, BMG 0: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	SZ, NH, SZE: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.	B-Smart: Die Mindesttarifdauer beträgt zwölf Monate. Erstmalige Kündigungsmöglichkeit (ohne eine Frist): zum Ende der Mindesttarifdauer, danach (ohne eine Frist): zum Ende eines jeden Monats. TOPS: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.
Sonstiges?	BMZ1G: Wird diese Aufbaustufe zeitgleich und mit einheitlichem Versicherungsbeginn mit einem der BMG-Tarife vereinbart, bestehen keine Wartezeiten (ansonsten: allgemeine Wartezeit = drei Monate; entfällt bei einem Unfall / acht Monate für Entbindung und Psychotherapie. Erlass aufgrund ärztlichen Untersuchung möglich). BMG 0: Die von der GKV in Abzug gebrachten Abschläge für Verwaltungskosten werden zu 100% erstattet. Aufwendungen, die auf einem mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen, werden nicht ersetzt. Bei einer stationären Entbindung wird eine Pauschale von 1.000 EUR gezahlt. Beitragsbefreiung bei längerem Krankenhausaufenthalt (> 91 Tagen) - ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung. Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden Aufwendungen für Transporte zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km werden zu 100% erstattet. Ab einer Entfernung von mehr als 100 km werden nur die Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ersetzt. Entziehungsmaßnahmen: Erstattet werden nach vorheriger Zusage die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (max. 3 Maßnahmen incl. stationärer Maßnahmen; vorangegangene Maßnahmen werden angerechnet).	SZE: Die allgemeine Wartezeit entfällt (im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung entfallen sämtliche Wartezeiten). Die Versicherungsleistungen sind, ergänzend zu den Leistungen aus der Grundversicherung, erstattungsfähig. SZ: Erstattungsfähig sind auch: - nicht ambulant durchführbare Anschlussheilbehandlungen (Beleg-/Wahlarzt, 2-Bettzimmer) - (unter Anrechnung der Leistungen der GKV/eines anderen Kostenträgers) Verlegungen in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt, auch, wenn der Transport nicht medizinisch notwendig ist, vorausgesetzt, vollstationäre Behandlung wird nach der Verlegung voraussichtlich noch mind. 7 Tage andauern - (nach Vorleistung Sozialversicherungsträger) medizinisch notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlungen außerhalb Deutschlands bis max. 150 EUR je Verweiltag (> 150 EUR nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers oder wenn Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist) - Leistungen einer Hebamme/eines Entbindungspflegers bei einer Hausgeburt, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen - eine im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ersatzpflichtigen Behandlung durchgeführte einmalige Vor- und Abschlussuntersuchung durch abrechnungsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt, unter Anrechnung der Leistungen der GKV/eines anderen Kostenträgers; Begrenzung auf 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn bzw. 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen (bzw. 3 Monaten bei Organübertragungen) nach Beendigung der Krankenhausaufenthaltes. Aufwendungen in Zusammenhang mit vollstationären Aufenthalten oder ambulanten Operationen für Behandlungen wegen Zahnersatzes sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Die allgemeine Wartezeit entfällt.	Mitversichert sind auch medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die nach Vorleistung eines Krankenversicherungsträgers verbleibenden, in den Tarifbedingungen genannten Kosten (für Unterbringung, Wahl-/Belegarzt, vor-/nachstationäre Behandlung, Krankentransport). Die Vorleistung muss dem Grunde und der Höhe nach den Leistungen der deutschen GKV entsprechen. Soweit durch Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der GKV Kosten entstehen (z. B. Gebühren und Abschläge), sind diese nicht erstattungsfähig.	B-Smart: - Für alle tariflichen Leistungen gilt: Die GKV ist zuerst in Anspruch zu nehmen. Bei "Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen" erfolgt eine Erstattung nur, wenn die GKV vorleistet. - Es gibt keine Wartezeiten. TOPS: Auch im Versicherungsschutz enthalten: - 100% für Transporte zum und vom Krankenhaus (nach GKV-Vorleistung, maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt) + Zuzahlung gem. SGB V - Versicherungsschutz besteht auch für die im GebüH u. im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführten Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden - die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus Aufwendungen im Krankenhaus für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung) sind nicht erstattungsfähig. Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.	

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Leistungsbeispiele € (Eigenanteil ohne GKV-Bonus etc.)					
Bsp. 1: einfache "Kassen"-Krone: 260 € (Eigenanteil nach GKV: 130 €)	Die Erstattung beträgt 91 EUR.	ZGU 70: Die Erstattung beträgt 78 EUR. BZGU20: Die Erstattung beträgt 52 EUR. ZBU: Zahnersatz ist nicht erstattungsfähig.	Die Erstattung beträgt 130 EUR.	Die Erstattung beträgt 91 EUR.	Die Erstattung beträgt 130 EUR.
Bsp. 2: hochwertige Krone: 540 € (Eigenanteil nach GKV: 410 €)	Die Erstattung beträgt 329 EUR.	BZGU20: Die Erstattung beträgt 108 EUR. ZBU: Zahnersatz ist nicht erstattungsfähig. ZGU 70: Die Erstattung beträgt 302 EUR.	Die Erstattung beträgt 356 EUR.	Die Erstattung beträgt 329 EUR.	Die Erstattung beträgt 356 EUR.
Bsp. 3: Inlay: 600 € (Eigenanteil: 555 €)	Die Erstattung beträgt 465 EUR.	BZGU20: Die Erstattung beträgt 120 EUR. ZGU 70: Die Erstattung beträgt 420 EUR. ZBU: Inlays sind nicht erstattungsfähig.	Die Erstattung beträgt 495 EUR.	Die Erstattung beträgt 465 EUR.	Die Erstattung beträgt 495 EUR.
Bsp. 4: Implantat + Zahnersatz: 3.300 € (Eigenanteil: 2.980 €)	Die Erstattung beträgt 2.485 EUR.	ZBU: Implantate sind nicht erstattungsfähig. ZGU 70: Die Erstattung beträgt 2.310 EUR. BZGU20: Die Erstattung beträgt 660 EUR.	Die Erstattung beträgt 2.650 EUR.	Die Erstattung beträgt 2.485 EUR.	Die Erstattung beträgt 2.650 EUR.
Erstattungsgrundlage (RB-RK-FZ)					
Erstattungsgrundlage = Rechnungsbetrag?	Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	BZGU20, ZGU 70: Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.
Erstattungsgrundlage = Restkosten?	Keine Leistung vorhanden.				
Erstattungsgrundlage = Festzuschuss der GKV?					
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)					
Keine Anrechung von GKV-Leistungen auf die Tarifleistung	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschließlich der Leistungen aus der GKV.	BZGU20: Ja, die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden nicht auf die nachstehenden Erstattungssätze angerechnet. ZGU 70: Ja, die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden nicht auf die nachstehenden Erstattungssätze angerechnet (max. Erstattung incl. GKV/PKV 80%).	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschließlich der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderer Leistungsträger.	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschließlich der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschließlich der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
Zahnersatz ... %					
Zahnersatz (Erstattung vom Rechnungsbetrag bei Vertragsbeginn, ohne GKV-Bonus) in %:	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden zu 85% erstattet, zusammen mit einer etwaigen Leistung der GKV jedoch maximal 85% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 61% des Rechnungsbetrages.	ZGU 70: Zahnersatz wird bis zu 70% des Rechnungsbetrages vergütet, incl. GKV max. 80%. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 56% des Rechnungsbetrages. BZGU20: Zahnersatz wird bis zu 20% des Rechnungsbetrages erstattet. Am Beispiel 2 gerechnet beträgt die Gesamterstattung incl. GKV = ca. 44% des Rechnungsbetrages.	Zahnersatz wird zu 90% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 66% des Rechnungsbetrages.	Zahnersatz wird zu 85% des Rechnungsbetrages abzgl. der Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 61% des Rechnungsbetrages.	Zahnersatz wird zu 90% des Rechnungsbetrages abzgl. der Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 66% des Rechnungsbetrages. Hinweis: Verblendungen (in Verbindung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz) werden bis Zahn 7 erstattet.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Zahnersatz - mit max. GKV-Bonus Erhöhung auf %:	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	BZGU20, ZGU 70: Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht. Allerdings wird bei Zahnersatzleistungen (Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate) als GKV-Vorleistung maximal der befundbezogene Festzuschuss für die Zahnersatz-Regelversorgung in der GKV OHNE Bonus abgezogen, sodass sich dadurch der verbleibende Eigenanteil reduziert (Gesamterstattung incl. GKV max. 100%).	Kann der Versicherte, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden 5 Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen (z. B. durch Bonusheft oder von der GKV genehmigter Heil- und Kostenplan), erhöht sich der Erstattungsatz auf 100%.
Zahnersatz GKV-Regelversorgung (z.B. einfache "Kassen"-Krone Metallausführung) Erstattung vom Rechnungsbetrag in %:	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung werden zu 85% erstattet, zusammen mit einer etwaigen Leistung der GKV jedoch maximal 85% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 35% des Rechnungsbetrages.	BZGU20: Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird bis zu 20% des Rechnungsbetrages erstattet. Am Beispiel 1 gerechnet beträgt die Gesamterstattung incl. GKV 70% des Rechnungsbetrages. ZGU 70: Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird bis zu 70% des Rechnungsbetrages vergütet, incl. GKV max. 80%. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 30% des Rechnungsbetrages.	Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 50% des Rechnungsbetrages.	Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 85% des Rechnungsbetrages abzgl. der Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 35% des Rechnungsbetrages.	Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 50% des Rechnungsbetrages.
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)					
Sind Keramikverblendungen bedingungsgemäß versichert?	Keine Leistung.	Keramikverblendungen werden bis Zahn 8 erstattet.	Keine Leistung.		Ja. Verblendungen werden bis Zahn 7 erstattet.
Inlays					
Sind Inlays erstattungsfähig?	Inlays sind erstattungsfähig.	BZGU20, ZGU 70: Inlays sind erstattungsfähig.	Inlays sind erstattungsfähig.	Inlays sind erstattungsfähig.	Inlays (und Onlays) sind erstattungsfähig.
Inlays (Erstattung vom Rechnungsbetrag bei Vertragsbeginn, ohne GKV-Bonus) in %:	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays werden zu 85% erstattet, zusammen mit einer etwaigen Leistung der GKV jedoch maximal 85% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 78% des Rechnungsbetrages.	ZGU 70: Inlays werden bis zu 70% des Rechnungsbetrages erstattet. Am Beispiel 3 gerechnet beträgt die Gesamterstattung incl. GKV ca. 78% des Rechnungsbetrages. BZGU20: Inlays werden bis zu 20% des Rechnungsbetrages erstattet. Am Beispiel 3 gerechnet beträgt die Gesamterstattung incl. GKV ca. 28% des Rechnungsbetrages.	Inlays werden zu 90% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 83% des Rechnungsbetrages.	Inlays werden zu 85% des Rechnungsbetrages abzgl. der Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 78% des Rechnungsbetrages.	Inlays/Onlays werden zu 90% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 83% des Rechnungsbetrages.
Maximale Erstattungshöhe für Inlays pro Jahr in €:	Die Kosten für Inlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	BZGU20, ZGU 70: Die Kosten für Inlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	Die Kosten für Inlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	Die Kosten für Inlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	Die Kosten für Inlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)
Maximale Erstattungshöhe je Inlay in €:	Keine Begrenzung.		Keine Begrenzung.		Keine Begrenzung.
Implantate					
Sind Implantate erstattungsfähig?	Ja, die Kosten für Implantate sind erstattungsfähig.	BZGU20, ZGU 70: Implantate sind erstattungsfähig.	Implantate sind erstattungsfähig.	Implantate sind erstattungsfähig.	Implantate sind erstattungsfähig.
Implantate (Erstattung vom Rechnungsbetrag bei Vertragsbeginn, ohne GKV-Bonus) in %:	Die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Implantate werden zu 85% erstattet, zusammen mit einer etwaigen Leistung der GKV jedoch maximal 85% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 75% des Rechnungsbetrages.	ZGU 70: Implantate werden bis zu 70% des Rechnungsbetrages erstattet. Am Beispiel 4 gerechnet beträgt die Gesamterstattung incl. GKV 79,70% des Rechnungsbetrages. BZGU20: Implantate werden bis zu 20% des Rechnungsbetrages erstattet. Am Beispiel 4 gerechnet beträgt die Gesamterstattung incl. GKV ca. 30% des Rechnungsbetrages.	Implantate werden zu 90% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 80% des Rechnungsbetrages.	Implantate werden zu 85% des Rechnungsbetrages abzgl. der Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 75% des Rechnungsbetrages.	Implantate werden zu 90% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 80% des Rechnungsbetrages.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Maximale Erstattungshöhe für Implantate pro Jahr in €:	✓ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	✓ BZGU20, ZGU 70: Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	✓ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	✓ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)	✓ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (vorhandene Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)
Anzahl Implantate	✓ Erstattungsfähig sind insgesamt maximal 6 Implantate je Kiefer und der darauf zu befestigende Zahnersatz. Bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandene Implantate werden angerechnet.	✓ Keine Begrenzung der Anzahl.	✓ Keine Begrenzung der Anzahl.		✓ Keine Begrenzung der Anzahl.
Werden Implantate ohne betragsmäßige Begrenzung erstattet?	✓ Keine Begrenzung.		✓ Keine Begrenzung.		✓ Keine Begrenzung.
Ist der Aufbau der Knochenmasse (augmentative Behandlung) bedingungsgemäß erstattungsfähig?	✓ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.	✓ BZGU20: Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig. ZGU 70: Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig (lt. AVB, Teil III: "Als Zahnersatz gelten (...) Implantate (...) sowie die mit Zahnersatz in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Maßnahmen (...)").	✓ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.
Erstattungsgrenzen € (in den ersten Jahren)					
Wie hoch ist die maximal mögliche Erstattung für Zahnersatz im 1. Jahr?	✓ Die Erstattungsleistung für Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen sind begrenzt auf maximal: - 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr, - 2.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren, - 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, - 4.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren, - 5.000 EUR in den ersten fünf Versicherungsjahren. Für Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt die Begrenzung.	✓ BZGU20: Die Versicherungsleistungen betragen maximal: 200 EUR in den ersten 12 Monaten, 400 EUR in den ersten 24 Monaten, 600 EUR in den ersten 36 Monaten, 800 EUR in den ersten 48 Monaten. Die Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall. ZGU 70: Die Versicherungsleistungen betragen maximal: 700 EUR in den ersten 12 Monaten, 1.400 EUR in den ersten 24 Monaten, 2.100 EUR in den ersten 36 Monaten, 2.800 EUR in den ersten 48 Monaten. Die Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall. Längere Zahnstaffel in Abhängigkeit von Anzahl ersetzter/ fehlender/sanierungsbedürftiger Zähne möglich.	✓ Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie sind begrenzt - im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifes vom 01.10. bis 31.12. auf 250,– EUR vom 01.07. bis 30.09. auf 500,– EUR vom 01.04. bis 30.06. auf 750,– EUR vom 01.01. bis 31.03. auf 1.000,– EUR – im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000,– EUR – ab dem fünften Kalenderjahr unbegrenzt. Die Begrenzungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✓ Die Leistungen sind in den ersten fünf Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung pro versicherter Person beträgt (außer nach einem Unfall): im ersten Kalenderjahr maximal 1.000,00 EUR; in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 2.000,00 EUR; in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal 3.000,00 EUR; in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal 4.000,00 EUR; in den ersten fünf Kalenderjahren zusammen maximal 5.000,00 EUR.	✓ ⚠ Die maximale Erstattung aus diesem Tarif ist begrenzt auf: 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr 3.000 EUR in den ersten 2 Kalenderjahren 4.500 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren 6.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren 7.500 EUR in den ersten 5 Kalenderjahren Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Hinweis: Die summenmäßigen Begrenzungen halbieren sich, wenn bei Antragstellung Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgung, kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen stattfinden oder notwendig/vom Zahnarzt empfohlen/beabsichtigt sind UND/ODER eine parodontale Erkrankung innerhalb der letzten drei Jahre festgestellt und/oder behandelt wurde/wird.
Wie hoch ist die max. mögliche Erstattung für Zahnersatz in den ersten beiden Versicherungsjahren?	✓ In den ersten beiden Versicherungsjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 2.000 EUR.	✓ ZGU 70: In den ersten 24 Monaten beträgt die maximal mögliche Erstattung 1.400 EUR. BZGU20: In den ersten 24 Monaten beträgt die maximal mögliche Erstattung 400 EUR.	✓ In den ersten beiden Versicherungsjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 3.000,- EUR.	✓ In den ersten beiden Versicherungsjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 2.000,- EUR.	✓ In den ersten beiden Kalenderjahren beträgt die maximale mögliche Erstattung 3.000 EUR.
Summenbegrenzung endet nach ... Jahren	✓ Nach 5 Jahren besteht voller Leistungsanspruch.	✓ Die Summenbegrenzung endet nach 48 Monaten (KFO nach 36 Monaten).	✓ Nach 5 Jahren besteht voller Leistungsanspruch.		✓ Nach 5 Jahren besteht voller Leistungsanspruch.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)					
Sind funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen erstattungsfähig?	✓ Funktionsanalytische und –therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.	✓ BZGU20, ZGU 70: Funktionsanalytische und –therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.	✓ Funktionsanalytische und –therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.	✓ Funktionsanalytische und –therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.	✓ Funktionsanalytische und –therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.
Zahnbehandlung/Prophylaxe					
Sind Kosten für Kunststofffüllungen erstattungsfähig?	✓ Kunststofffüllungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✓ ZGU 70: ⚠ Erstattungsfähig sind Kompositfüllungen, plastische Füllungen, Kunststofffüllungen - bis zu 100% incl. GKV-Vorleistung. BZGU20: Kunststofffüllungen sind zu 20% erstattungsfähig. ZBU: Kunststofffüllungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig. Hinweis: Die medizinische Notwendigkeit muss gegeben sein.	✓ Kunststofffüllungen sind zu 90% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Kunststofffüllungen sind inkl. der Leistungen der GKV zu 85% ohne pauschale Höchstgrenze erstattungsfähig.	✓ Kunststofffüllungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.
Wurzelbehandlung ohne GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✓ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 100% erstattungsfähig. Leistungen der GKV erstattungsfähig. Erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	✓ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 90% erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 85% erstattungsfähig.	✓ ⚠ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 100% erstattungsfähig, wenn medizinisch notwendige Wurzelbehandlungen ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV (wenn definierte Kriterien der GKV nicht gegeben sind (z. B. Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe). Hinweis: Besteht ein GKV-Leistungsanspruch, wird jedoch nicht in Anspruch genommen, werden 50% erstattet.
Wurzelbehandlung mit GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✓ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Wurzelbehandlungen sind zu 90% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	Erfolgt eine Leistung der GKV, so entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.	✓ Erstattet werden 100% der Mehrkosten für Wurzelbehandlungen bei bestehendem GKV-Anspruch (Vorleistung), z. B. Anlegen von Spanngummi/Kofferdam, elektronische Längenmessung, zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden sowie der Laser- und Mikroskopzuschlag.
Parodontologische Behandlung ohne GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✓ Die Kosten für parodontologische Behandlungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für parodontologische Behandlungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig. Erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	✓ Die Kosten für parodontologische Behandlungen sind zu 90% erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für parodontologische Behandlungen sind zu 85% erstattungsfähig.	✓ Parodontalbehandlungen (z. B. Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Geweberegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhauttransplantation;) sind zu 100% erstattungsfähig. Bei fehlendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV wird bei einer Taschentiefe von unter 3,5 mm bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zusätzlich für parodontalchirurgische Therapie geleistet.
Parodontologische Behandlung mit GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✓ Die Kosten für parodontologische Behandlungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für parodontologische Behandlungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig. Erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	✓ Die Kosten für parodontologische Behandlungen sind zu 90% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	Keine Leistung.	✓ Parodontalbehandlungen (z. B. Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Geweberegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhauttransplantation;) sind zu 100% erstattungsfähig.
Bis zu welchem Betrag sind prophylaktische Maßnahmen erstattungsfähig? (Kosten ca. 100 € je PZR)	✓ Die Kosten für Zahnprophylaxe sind ohne Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig (Berechnung nach GOZ-Nr. 1040).	✓ BZGU20: Erstattet werden innerhalb eines Versicherungsjahres 100% der Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen (professionelle Zahnreinigung): Mundhygienestatus, Fluoridierung, Versiegelung, Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen, Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Politur - bis max. ingesamt 80 EUR je Versicherungsjahr. ZBU: Prophylaktische Leistungen sind ohne Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig.	✗ ⚠ Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR p. a. zu 90% erstattet abzgl. einer evtl. Vorleistung der GKV (oder anderer Leistungsträger). Hinweis: Die Prophylaxe wird nur erstattet, sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.	✗ Prophylaxe ist zu 85% bis max. 85,00 EUR p.a. erstattungsfähig, z. B. - Erstellung des Mundhygienestatus, sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen, - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung, - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung, - Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung), - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen, - Fissurenversiegelung.	✓ Professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe wird - ab Alter 18 - zu 100% erstattet, zweimal p. a. bis je 100 EUR (evtl. GKV-Leistung wird angerechnet).

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Bis zu welchem Betrag ist Bleaching erstattungsfähig?	Keine Leistung.	Keine Leistung.			✓ Erstattungsfähig sind zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) in einer zahnärztlichen Praxis bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit (sofern die Maßnahme in keinen der in den Bedingungen genannten Leistungsbereiche fällt), bis max. 300 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren.
Werden die Kosten für die Versiegelung von Fissuren erstattet?	✓ Ja, Fissurenversieglungen sind erstattungsfähig.	✓ BZGU20: Fissurenversiegelungen sind im Rahmen der Zahnprophylaxe erstattungsfähig. ZBU: Fissurenversiegelungen sind erstattungsfähig.	Nein, für die Versiegelung von Fissuren besteht kein Leistungsanspruch.	✓ Ja, für die Versiegelung von Fissuren besteht ein Leistungsanspruch (innerhalb der Höchstgrenzen für Prophylaxe).	✓ Ja, Fissurenversiegelungen sind erstattungsfähig.
Sieht der Tarif für weitere als die o. g. Bereiche Leistungen vor?	Keine weiteren Bereiche versichert.	✓ Ja. Erstattet werden auch - Schienen- und Aufbissbehelfe, soweit sie nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entstanden sind - Akupunktur oder Hypnose zur Schmerzbehandlung, Vollnarkose - bis zu 200 EUR je Versicherungsjahr, sofern sie im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Leistung entstanden sind.	✓ Ja, Zahnbehandlung ist ohne Beschränkung auf bestimmte Leistungsbereiche erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind nur Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen sowie Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie und Prophylaxemaßnahmen.	Keine Leistung vorhanden.
Weitere Kriterien					
Verzichtet der Versicherer bei Prophylaxe auf Wartezeiten?	✓ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.	✓ ZBU: Nein, die Wartezeit beträgt acht Monate. ZGU 70: Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.	✓ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.	✓ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.	✓ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.
Zahn					
Sind Kosten für Kieferorthopädie erstattungsfähig?	✓ Die Leistung ist vorhanden.	BZGU20, ZGU 70, ZBU: Nein, die Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	✓ Die Leistung ist vorhanden.		✓ Kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig.
Kieferorthopädie					
Besteht keine pauschale Leistungsbegrenzung (z.B. pro Jahr/je Kiefer/je Versicherungsfall)	✓ Es besteht keine pauschale Höchsterstattungsgrenze.	Keine Leistung vorhanden.	✓ Es besteht keine pauschale Höchsterstattungsgrenze.		⚠ Die Erstattung ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf 2.000 EUR begrenzt (bis Alter 17, mit Leistungsanspruch GKV). Hinweis: Keine pauschale Höchsterstattung für versicherte Personen ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV (altersunabhängig).
Wie hoch ist die Erstattung in %, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt (KIG 1+ 2)?	✓ Die nach Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Kieferorthopädie werden zu 100% ersetzt.	Keine Leistung vorhanden.	✓ Die Kosten für Kieferorthopädie werden zu 90% des Rechnungsbetrages erstattet.		✓ Kieferorthopädie wird (altersunabhängig) zu 90% erstattet, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
Wie hoch ist die Erstattung in €, wenn die GKV nicht leistet (KIG 1 + 2)?	✓ Es besteht keine pauschale Höchsterstattungsgrenze in den Kieferindikationsgruppen 1 und 2.	Keine Leistung vorhanden.	✓ Es besteht keine pauschale Höchsterstattungsgrenze in den Kieferindikationsgruppen 1 und 2.		✓ Es besteht keine pauschale Höchsterstattungsgrenze.
Wie hoch ist der tarifliche Anspruch zusätzlich zur Leistung der GKV in % (KIG 3-5)?	✓ Die nach Vorleistung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Kieferorthopädie werden zu 100% ersetzt.	Keine Leistung vorhanden.	✓ Die Kosten für Kieferorthopädie werden zu 90% des Rechnungsbetrages abzgl. der Vorleistung der GKV (und anderer Leistungsträger) erstattet.		✓ Besteht (für versicherte Personen bis Alter 17) ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, werden zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen), wenn sie in unmittelbarem Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung stehen, zu 90% erstattet.
Wie hoch ist der tarifliche Anspruch zusätzlich zur Leistung der GKV in € (KIG 3-5)?	✓ Es besteht keine pauschale Höchsterstattungsgrenze in den Kieferindikationsgruppen 3,4 und 5.	Keine Leistung vorhanden.	✓ Es besteht keine pauschale Höchsterstattungsgrenze in den Kieferindikationsgruppen 3,4 und 5.		✓ Die Mehrleistungen werden bis max. 2.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet.
Werden Mehrkosten (z.B. transparente Brackets...) erstattet und in den Bedingungen aufgeführt?	Nein, Mehrkosten sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.		Nein, bedingungsgemäß sind Mehrkostenvereinbarungen nicht erstattungsfähig.		✓ Ja (bis 2.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit).
Sind erstattungsfähige Mehrkosten spezifiziert/ detailliert aufgelistet?					Aus den Bedingungen ist nicht ersichtlich, welche Mehrkosten detailliert übernommen werden.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Wird Funktionsanalyse im Zusammenhang mit Kieferorthopädie erstattet?	Funktionsanalytische Leistungen sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.		Nein, für Funkionsanalyse im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung besteht kein Leistungsanspruch.		Nein, für Funkionsanalyse im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung besteht kein Leistungsanspruch. (FAQ zum Dent100, 02.2018 - nicht Bestandteil der Bedingungen: Funktionsdiagnostik (Gnathologie): 90-100 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages z.B. für umfangreichen Zahnersatz, im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung oder im Zusammenhang mit der Neuanfertigung einer Aufbiss-Schiene. Ein umfangreicher Zahnersatz liegt vor, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne des natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung auf andere Weise nicht mehr feststellbar ist.)
Wie hoch ist die mögliche Erstattung im 1. bis 2. Versicherungsjahr in €?	Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind ohne generelle Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	In den ersten beiden Versicherungsjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 3.000,- EUR.		Die maximale Erstattung aus diesem Tarif ist begrenzt auf: 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr 3.000 EUR in den ersten 2 Kalenderjahren 4.500 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren 6.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren 7.500 EUR in den ersten 5 Kalenderjahren Hinweis: KFO bis Alter 17, mit Leistungsanspruch GKV: max. 2.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit
Besteht auch bei Behandlern ohne Kassenzulassung ein Leistungsanspruch?	Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	Keine Leistung vorhanden.	Nein, alle Behandlungen müssen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden.		Nein, alle Behandlungen müssen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	Die Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.	Keine Leistung vorhanden.	Die Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern mit der Behandlung vor der Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.		Es besteht keine Altersgrenze für kieferorthopädische Behandlungen.
Gebührenordnung					
Erstattet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ?	Ja. Der Versicherer leistet ggf. auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.	BZGU20, ZGU 70, ZBU: Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ). Hinweis: BZGU20: Bei Kompositfüllungen sind die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Regelhöchstsatz der GOZ begrenzt.	Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).	Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).	Ja. Es besteht keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).
Leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ/GOZ hinaus?	Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.	ZGU 70, ZBU: Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ. BZGU20: Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ. Bei Kompositfüllungen sind die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Regelhöchstsatz der GOZ begrenzt.	Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.	Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.	Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.
Weitere Kriterien					
Sind Leistungen erstattungsfähig, die von Ärzten ohne Kassenzulassung erbracht werden?	Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	BZGU20, ZGU 70, ZBU: Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung. Hinweis: ZBU: Erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	Nein, alle Behandlungen müssen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden.	Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	Nein, alle Behandlungen müssen von Behandelnden mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden.
Ist eine Erstattung auch ohne Vorleistung der GKV möglich?	Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.	BZGU20, ZGU 70, ZBU: Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. Hinweis: ZBU: Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht, ist der Erstattungsbetrag auf 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	Ja, auch ohne Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.	Erstattung auch ohne Vorleistung einer GKV. Hinweis: Sind zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen worden, werden bei Zahnersatz 40% und bei Inlays und Kunststofffüllungen 20% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen.	Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. Hinweis: Für reine Privatrechnungen (außer für Wurzelbehandlungen), ohne dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht kein Leistungsanspruch.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Erstattet der Tarif über GKV-Regelversorgung hinaus?	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ BZGU20, ZGU 70, ZBU: Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	Nein. Material- und Laborkosten werden im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise erstattet. Bei den Leistungsbeispielen wurden evtl. Begrenzungen auf "in Deutschland übliche Preise" nicht berücksichtigt. Es kann daher sein, dass der erstattungsfähige Betrag in Wirklichkeit geringer ausfällt und somit ein höherer Eigenanteil verbleibt.	✔ ZBU: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä." sprechen, dennoch ein „intern" erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren. BZGU20, ZGU 70: Erstattet werden angemessene Material- und Laborkosten (nach telefonischer Information der Württembergischen wird die BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste: offizielles Fachverzeichnis zahntechnischer Leistungen, die durch den Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen entwickelt wurde) zugrunde gelegt). Bei den Leistungsbeispielen wurden evtl. Begrenzungen auf "angemessen" nicht berücksichtigt. Es kann daher sein, dass der erstattungsfähige Betrag in Wirklichkeit geringer ausfällt und somit ein höherer Eigenanteil verbleibt.	Nein. Material- u. Laborkosten sind nach Preis-/Leistungsverzeichnis des Versicherers erstattungsfähig. Bei den Leistungsbeispielen wurden evtl. Begrenzungen durch das Preis-/Leistungsverzeichnis nicht berücksichtigt. Es kann daher sein, dass der erstattungsfähige Betrag in Wirklichkeit geringer ausfällt und somit ein höherer Eigenanteil verbleibt.	Nein. Material- und Laborkosten werden zu angemessenen Preisen erstattet. Bei den Leistungsbeispielen wurden evtl. Begrenzungen auf "angemessene Preise" nicht berücksichtigt. Es kann daher sein, dass der erstattungsfähige Betrag in Wirklichkeit geringer ausfällt und somit ein höherer Eigenanteil verbleibt.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä." sprechen, dennoch ein „intern" erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.
Ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Heil- und Kostenplan nicht vorgeschrieben?	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers empfpohlen.	✔ BZGU20, ZGU 70: Nein. Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 1.500 EUR ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen, ansonsten halbiert sich der Erstattungssatz. ZBU: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicheres bei umfangreichen Behandlungen empfohlen (bei KFO inkl. KIG-Einstufung durch den Behandelnden).
Verzichtet der Versicherer auf zusätzliche Einschränkungen im Ausland (EU/EWR)?	✔ Keine Einschränkungen.	✔ Kürzung von 30% erfolgt bei Auslandsbehandlungen ohne GKV-Beteiligung und wenn bestehende Ansprüche nicht geltend gemacht werden.	Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.		Im Ausland besteht bedingungsgemäß kein Versicherungsschutz, da der Behandler eine deutsche Kassenzulassung besitzen muss.
Schmerztherapie (Hypnose, Akupunktur)	✔ Die Kosten für Akupunktur sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Ja. Erstattet werden auch besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Vollnarkose, Lachgas-Sedierung, Akupunktur, Hypnose, Anästhesiespray, „The Wand" (computergesteuerte Technik der Einzelzahnbetäubung)) - bis 200 EUR p. a.	✔ Die Kosten für Akupunktur sind zu 100% erstattungsfähig.		✔ Erstattet werden zu 100% schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmerschlaf) in einer zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme bis max. 350 EUR p. a. (evtl. GKV-Leistung wird angerechnet).
Sind Kosten einer Vollnarkose erstattungsfähig?	Keine Leistung.	✔ Die Kosten für Vollnarkose sind bis 200 EUR je Versicherungsjahr erstattungsfähig.	Keine Leistung.		✔ Erstattet werden zu 100% schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmerschlaf) in einer zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme bis max. 350 EUR p. a. (evtl. GKV-Leistung wird angerechnet).
Laserbehandlung (Karies/Wurzel/Parodontose)	Keine Leistung.	Nein, Laserbehandlung ist nur bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig.	Keine Leistung.		✔ Ja, im Rahmen der Wurzelbehandlung zu 100%.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Sind Aufbissbehelfe und –schienen versichert?	Keine Leistung.	✔ ZBU: Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Schienen- und Aufbissbehelfe, soweit sie nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entstanden sind. BZGU20, ZGU 70: Ja. Als Zahnersatz gilt auch die Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen.	Keine Leistung.		Keine Leistung (siehe auf FAQ).
Verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten?	✔ Ja, die Wartezeiten entfallen.	BZGU20: Nein, die Wartezeit für Zahnersatz (incl. Inlays, Kompositfüllungen, Aufbisshilfen und Schienen) beträgt acht Monate. ZGU 70: Nein, die Wartezeit für Zahnersatz beträgt acht Monate. ZBU: Nein, die Wartezeit für Zahnbehandlung beträgt acht Monate.	✔ Ja, die Wartezeiten entfallen.	Nein, die Wartezeit für Zahnbehandlung (außer Zahnprophylaxe) und Zahnersatz beträgt 8 Monate.	✔ Bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs entfallen die Wartezeiten. Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeitregelungen.
Bis zu wie viel fehlenden Zähne ist eine Annahme möglich?	✔ Es liegen derzeit keine Informationen zu dieser Frage vor.	✔ ZGU 70: - Annahme ohne Erschwernis bei bis zu insgesamt 2 Zähne fehlend/sanierungsbedürftig/durch herausnehmbaren Zahnersatz versorgt UND bis zu insgesamt 8 Kronen/Brückenglieder/Stiftzähne/Implantate - Ablehnung ab insgesamt 5 Zähne fehlend/sanierungsbedürftig/durch herausnehmbaren Zahnersatz versorgt ODER ab insgesamt 17 Kronen/Brückenglieder/Stiftzähne/Implantate - Zahnstaffelverlängerung auf 72 Monate bei z. B. 3 Zähne fehlend/sanierungsbedürftig/durch herausnehmbaren Zahnersatz versorgt UND 9 Kronen/Brückenglieder/Stiftzähne/Implantate - Zahnstaffelverlängerung auf 96 Monate bei z. B. 4 Zähne fehlend/sanierungsbedürftig/durch herausnehmbaren Zahnersatz versorgt UND 12 Kronen/Brückenglieder/Stiftzähne/Implantate BZGU20, ZBU: Es wird nicht nach fehlenden/nicht ersetzten Zähnen gefragt.	✔ Bis 3 fehlende Zähne. Pro fehlendem Zahn ist ein Beitragszuschlag in Höhe von 5,- EUR zu zahlen.	✔ 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung Ab 2 fehl. Zähne: Summenbegrenzung 250,- im 1. Kj, 500,- im 2. KJ, 750,- im 3. KJ Ab 3 fehl. Zähne: Summenbegrenzung 125,- im 1. Kj, 250,- im 2. KJ, 375,- im 3. KJ Ab 4 fehl. Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	✔ 1 bis 3 fehlende (und/oder durch Prothesen ersetzte) Zähne: 20% Risikozuschlag je fehlenden (oder ersetzten) Zahn ODER Leistungsausschluss ab 4 fehlenden (und/oder durch Prothesen ersetzten) Zähnen: Ablehnung
Werden im Tarif Altersrückstellungen gebildet (kein reiner Risikobeitrag)?	✔ Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.	✔ ZGU 70: Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet. BZGU20, ZBU: Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag.	✔ Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.	In diesem Tarif werden keine Altersrückstellungen gebildet. Es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. Beitragssprung mit Alter: 14, 21, 36, 51	Nein, in diesem Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag.
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ ZGU 70: Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht. BZGU20, ZBU: Nein, der Versicherer verzichtet nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren nach Versicherungsbeginn.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.
Wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ BZGU20, ZGU 70, ZBU: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginn der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Leistungsvergleich Zahn

	DKV BMG / 0 BMZ1G	Württembergische AKU NaturMedPlus SZE SZ BZGU20 ZBU ZGU 70	Deutscher Ring AmbulantPLUS AmbulantTOP clinic + ZahnTOP	Barmenia AK+ AN+ B-Smart PRAEVI+ TOPS ZGU+	Arag 182 282 261 Dent100
Monatsbeitrag:	272,05 €	292,23 €	291,85 €	265,43 €	237,01 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	90 %	90 %	87 %	84 %	81 %
Zahn					
Sonstiges?	✔ Die von der GKV in Abzug gebrachten Abschläge für Verwaltungskosten werden zu 100% erstattet. Aufwendungen, die auf einem mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen, werden nicht ersetzt.	✔ ZBU: Nicht erstattungsfähig sind: - zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits begonnene, angeratene oder geplante zahnärztliche Behandlungen - stationär durchgeführte Zahnbehandlungen - Behandlungen und vorbereitende Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder kieferorthopädischen Behandlungen durchgeführt werden - Inlays, Teilkronen oder Veneers - Amalgamsanierungen - kosmetische Maßnahmen wie z.B. Bleaching - gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) - Computertomographien - Analogberechnungen. BZGU20, ZGU 70: Erstattungsfähig ist auch die Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen. Für zahnärztliche Behandlungen und Zahnersatzmaßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits begonnen wurden oder angeraten oder geplant sind, besteht kein Versicherungsschutz.	✔ Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt. Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt: Die Leistungen sind inkl. Vorleistung auf maximal 900 EUR je Implantatversorgung begrenzt, die Erstattungshöchstsätze dürfen nicht überschritten werden. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.	✔ B-Smart: - Für alle tariflichen Leistungen gilt: Die GKV ist zuerst in Anspruch zu nehmen. Bei "Zahn- und Kieferregulierung, teilweise (und "Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen" und "Krankengeld bei Erkrankung des versicherten Kindes") erfolgt eine Zahlung/Erstattung nur, wenn die GKV (vor-)leistet. ZGU plus: Erstattungsfähig sind Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Aufbissschienen, Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie zu 85% bis zu einem Gesamtbetrag von 85,00 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.	✔ Abschluss nur möglich, wenn keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der GKV für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen (GKV-Selbstbehalte zählen auch als Leistung der GKV).

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Gewünschter Leistungsumfang

Die folgende Übersicht stellt dar, welche Kriterien vom Kunden gewünscht und bei der Analyse sowie der Ermittlung des Erfüllungsgrades berücksichtigt worden sind.

Erläuterung zur Darstellung:

- Kriterium gewünscht
- Kriterium nicht gewünscht

Ambulante Leistungen

Heilpraktiker			
Heilpraktiker	✓		
Sehhilfen			
Sehhilfen	✓		
Vorsorge			
Vorsorge	✓		
Zuzahlungen GKV			
Zuzahlungen GKV	✓		
Ausland			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			✗
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)			
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)	✓		
sonstiges			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			✗
Heilpraktiker			
- ... % Erstattung	80 %		
- ... € Erstattung (im Schnitt p.a.)	1.000,00 €		
- erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)	✓		
- Naturheilverfahren/Hufelandverzeichnis durch Ärzte	✓		
- bis Höchstsatz GebüH	✓		
Zuzahlungen GKV			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			✗
Sehhilfen			
- Erstattung ... %	100 %		
- Erstattung ... €	300,00 €		
- erneuter Anspruch mind. alle 24 Monate	✓		
- LASIK (Laserbehandlung Augen)	✓		
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)			
- keine Beschränkung auf Unfälle / bestimmte Erkrankungen / €-Beträge...	✓	- Hebammenkosten bei ambulanter Entbindung	✗
- Selbstbeteiligung unabh. von GKV-Vorleistung max. ... € p.a.	true	- Erstattung privatzahnärztlicher Behandlungskosten	✗
- Hilfsmittel	✓		
- Vorsorge über gesetzliche Programme	✓		
- Arznei- u. Verbandmittel	✓		
- Psychotherapie	✓		

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Gewünschter Leistungsumfang

- Krankentransporte ambulant	✓		
- Krankentransporte (z.B. zur Chemotherapie, Dialysebehandlung...)	✓		
- Erstattung Abschlag Verwaltungskosten/fehl. Wirtschaftlichkeitsprüfung	✓		
Vorsorge			
- Vorsorgeuntersuchungen (im Schnitt p.a. ... €)	300,00 €	- Vorsorgeuntersuchungen	✗
Zuzahlungen GKV			
- IGeL-Leistungen	✓		
Weitere Kriterien			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			✗
Ausland			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			✗
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Kostenerstattung)			
- Heilmittel (physikalische Medizin)	✓		
- Heilmittel (Logopädie)	✓		
- Heilmittel (Ergotherapie)	✓		
- GOÄ mind bis Höchstsatz (3,5)	✓		
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓		
Erstattung - wenn GKV vorleistet...			
- Erstattung der Restkosten zu ... %	80 %		
- Selbstbeteiligung begrenzt auf ... € p.a.	500,00 €		
Erstattung - ohne GKV-Vorleistung...			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			✗

Stationäre Leistungen

Stationär			
- 1-Bettzimmer	✓	- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten	✗
- 2-Bettzimmer	✓	- Leistungen für stationäre Kuren	✗
- Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	- Privatkliniken: Wahlleistung uneingeschränkt	✗
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	- Optionsrecht Wechsel in Vollversicherung	✗
- Ambulante OPs als Privatpatient	✓	- Mindestvertragsdauer	✗
- Differenzkosten Wahl anderes KH als in ärztl. Einweisung	✓	sonstiges	✗
- gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis bei Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung	✓		
- Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)	✓		
- Ersatzkrankenhaustagegeld	✓		
- Krankenhaus Eigenanteil (10,- € pro Tag)	✓		
- Bildung von Alterungsrückstellungen	✓		
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht	✓		

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Gewünschter Leistungsumfang

Zahn Leistungen

Zahn			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Zahnersatz ... %			
Zahnersatz ... %	85 %	- Erhöhung durch "GKV-Bonusheft" auf max. ... %	
		- im Rahmen GKV-Regelversorgung ... %	
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Inlays			
Inlays	☑	- Inlays mind. ... %	
- Inlays max. Erstattung ... € p.a.	1.500,00 €	- max. Erstattung pro Inlay … €	
Implantate			
Implantate	☑	- Implantate mind. ... %	
- Implantate max. Erstattung ... € p.a.	7.500,00 €	- Anzahl Implantate	
		- max. Erstattung pro Implantat … €	
		- Augmentative Leistungen (Knochenaufbau)	
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Kieferorthopädie			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Zahnbehandlung/Prophylaxe			
- Kunststofffüllungen ... %	80 %	- Wurzelbehandlung ... % mit GKV-Vorleistung	
- Wurzelbehandlung ... % ohne GKV-Vorleistung	80 %	- Parodontologische Behandlung ... % mit GKV-Vorleistung	
- Parodontologische Behandlung ... % ohne GKV-Vorleistung	80 %	- Bleaching ... € (p. a.)	
prof. Zahnreinigung ... € (p. a.)	200,00 €	- Fissurenversiegelung	
		- weitere als die o.g. Bereiche versichert?	
Weitere Kriterien			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Erstattungsgrundlage (RB-RK-FZ)			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Leistungsbeispiele € (Eigenanteil ohne GKV-Bonus etc.)			
- Bsp. 1: Krone einfach/Regelversorgung 260 € - Erstatt. Eigenanteil (130 €):	104,00 €		
- Bsp. 2: Krone hochwertig 540 € - Erstatt. Eigenanteil (410 €):	328,00 €		
- Bsp. 3: Inlay 600 € - Erstatt. Eigenanteil (555 €):	435,00 €		
- Bsp. 4: Implantat + Zahnersatz 3.300 € - Erstatt. Eigenanteil (2.980 €):	2.384,00 €		
Weitere Kriterien			
- Vorleistung GKV nicht erforderlich	☑	- Behandler ohne GKV-Kassenzulassung	
- Verzicht ordentliches Kündigungsrecht d. Versicherer	☑	- Keine Begrenzung auf das GKV-Niveau	
		- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./ angemessene Preise o.ä.	

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52

Gewünschter Leistungsumfang

		- Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgeschrieben	
		- Ausland: Leistung bei gezielter Behandlung EU / EWR	
		- Schmerztherapie (Hypnose, Akupunktur)	
		- Behandlung unter Vollnarkose	
		- Laserbehandlung (Karies/Wurzel/Parodontose)	
		- Aufbissbehelfe und –schienen	
		- Wartezeiten Verzicht	
		- Annahme soll möglich sein bis ... fehlende Zähne	
		- Bildung von Alterungsrückstellungen	
		- Mindestvertragsdauer	
Gebührenordnung			
- GOZ mind. bis Höchstsatz (3,5)		- GOZ Erstattung über Höchstsatz (> 3,5 fach)	
Erstattungsgrenzen € (in den ersten Jahren)			
- max. mögl. Erstattung im 1. Jahr ... €	600,00 €	- Summenbegrenzung endet nach ... Jahren	
- max. mögl. Erstattung bis Ende 2. Jahr ... €	1.200,00 €		

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.
Levelnine PKV 3.5.2 Lizenziert für KV Werk GmbH, Datenbankversion: 3.0.134, DID: 7709113621696029166, Erstellt: 27.01.2020 13:30:52