

Ergebnisprotokoll Marktinhalte

Ihr Ansprechpartner:
Marc P.Gorr
E-Mail: mpg@premiumcircle.de

- Unisex-Tarife
- Ansicht der Analysestruktur
- Abbildung ausgewählter Tarife mit zugeordneten Marktinhalten
- In der Software berücksichtigte Tarife
- Schlussklärung des Kunden

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Geltungsbereich	
Aufenthalt außerhalb Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)	
Dauerhafte Verlegung gewöhnlicher Aufenthalt	
Versicherungsschutz und Fortführung des Versicherungsverhältnisses sind für einen Zeitraum definiert und garantiert	✔
Keine Einschränkung auf beruflich bedingte Aufenthalte	✔
Zielgebiete	<ul style="list-style-type: none"> ✔ Weltweit ○ Außerhalb Europas (Delta zwischen EWR und Europa nicht versichert, z.B. nicht Schweiz, Serbien usw.) ○ Europa inkl. außereuropäische Teile Türkei und Russland ○ Europa ○ Schweiz
Voraussetzungen (Konto, Postanschrift, Wohnsitz)	<ul style="list-style-type: none"> ✔ Keine ○ Korrespondenzanschrift Wohnsitz ○ Konto in Deutschland ○ Postanschrift und Konto EU, EWR oder Schweiz ○ Postanschrift und Konto in Deutschland ○ Wohnsitz - auch Zweitwohnsitz - im EWR
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> ✔ Unbegrenzt ○ 11 Jahre ○ 5 Jahre ○ 3 Jahre ○ undefiniert mit Befristung
Erforderliche Vorversicherungszeit	<ul style="list-style-type: none"> ✔ Keine ○ 1 Jahr ○ 3 Jahre
Beitragszuschlag	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Nicht erforderlich ✘ Definiert ✔ undefiniert
Anmeldefristen / Antragsfristen	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Keine ✘ 3 Jahre nach Verlegung ✘ 12 Monate nach Verlegung ✔ 6 Monate nach Verlegung ○ 5 Monate nach Verlegung ○ 3 Monate nach Verlegung ○ 2 Monate nach Verlegung ○ 12 Monate nach Beginn Auslandsaufenthalt ○ 6 Monate nach Beginn Auslandsaufenthalt ○ Vor Beginn Auslandsaufenthaltes
Weltweite Wohnsitzverlegung und zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz optional bei unspezifiziertem Tarifwechsel (Leistungsumfang unbekannt und nicht garantiert)	✔
Erweiterung Zielgebiete nur für vorübergehende Aufenthalte	
Versicherungsschutz und Fortführung des Versicherungsverhältnisses sind für einen Zeitraum definiert und garantiert	✔
Zielgebiete	<ul style="list-style-type: none"> ✔ Weltweit ○ Europa ○ Schweiz
Voraussetzungen	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz unabhängig vom Bestehen eines Erstwohnsitzes / ständigen Wohnsitzes in Deutschland	<input checked="" type="checkbox"/>
Zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz unabhängig vom Bestehen einer Pflegepflichtversicherung und stationären Wahlleistungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf akut eingetretene Erkrankungen und nicht planbare Heilbehandlungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Gezielte Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Dauer des Versicherungsschutzes ohne Erfüllung einer Vorversicherungszeit	<input checked="" type="checkbox"/> Unbegrenzt <input type="checkbox"/> 11 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre und 6 Monate <input type="checkbox"/> 6 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre und 6 Monate <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 9 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 2 Monate <input type="checkbox"/> 6 Wochen <input type="checkbox"/> 1 Monat
Vorversicherungszeit	<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 3 Jahre
Dauer des Versicherungsschutzes nach Erfüllung einer Vorversicherungszeit	<input checked="" type="checkbox"/> Unbegrenzt <input type="checkbox"/> 11 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre und 6 Monate <input type="checkbox"/> 6 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre und 6 Monate <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 9 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 2 Monate <input type="checkbox"/> 6 Wochen <input type="checkbox"/> 1 Monat
Kein Beitragszuschlag erforderlich	<input checked="" type="checkbox"/>
Anmeldefristen / Antragsfristen für vorübergehende Auslandsaufenthalte	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 3 Jahre nach Beginn des Aufenthaltes <input type="checkbox"/> 12 Monate nach Beginn des Aufenthaltes <input checked="" type="checkbox"/> 6 Monate nach Beginn des Aufenthaltes <input type="checkbox"/> 5 Monate nach Verlegung <input type="checkbox"/> 3 Monate nach Beginn des Aufenthaltes <input type="checkbox"/> 2 Monate nach Beginn des Aufenthaltes <input type="checkbox"/> 14 Tage vor Beginn des Aufenthaltes
Erweiterung Rückreisefrist im Versicherungsfall (über Dauer Versicherungsschutzes hinaus) wenn Rückreise nicht ohne Gefährdung Gesundheit angetreten werden kann	<input type="checkbox"/> Unbegrenzt, auch aufgrund anderer als medizinischer Gründe <input checked="" type="checkbox"/> Unbegrenzt <input type="checkbox"/> 2 weitere Monate
Rücktransport aus dem Ausland	
Kosten für medizinisch notwendigen Rücktransport	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine grundsätzliche Organisation über Versicherer vorgegeben	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Zielort Rücktransport	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> An den gewöhnlichen Aufenthaltsort / den Wohnsitz / Heimat oder dem nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zum Krankenhaus, dass vom VP benannt wurde <input checked="" type="checkbox"/> An den gewöhnlichen Aufenthaltsort / den Wohnsitz / Heimat oder dem nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus <input type="checkbox"/> An den gewöhnlichen Aufenthaltsort / den Wohnsitz / Heimat oder dem nächstgelegenen Krankenhaus <input type="checkbox"/> Innerhalb EWR und Schweiz <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Bei Auslandsreisen bis 3 Monate: Deutschland <input type="checkbox"/> Bei Auslandsreisen bis 2 Monate: Deutschland <input type="checkbox"/> Bei Auslandsreisen bis 45 Tage: Deutschland
Rücktransport gilt auch als medizinisch notwendig, wenn	
Behandlungskosten im Aufenthaltsland Kosten Rücktransports übersteigen	<input checked="" type="checkbox"/>
stationäre Behandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich länger als 14 Tage dauert	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Einschränkung auf das kostengünstigste Transportmittel	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Entfall der Limitierung bei Organisation über Versicherer / vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers
Keine preisliche Limitierung (z.B. Reisemehrkosten, Höchstbetrag)	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Entfall der Limitierung bei Organisation über Versicherer / vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers
Reisemehrkosten einer Begleitperson / minderjähriger Kinder werden erstattet (ggf. Voraussetzungen beachten)	<input checked="" type="checkbox"/>
Überführung aus dem Ausland	
Kostenerstattung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (Höchstbetrag)	<input type="checkbox"/>
Bestattung im Ausland	
Kostenerstattung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (z.B. Überführungskosten, Höchstbetrag)	<input type="checkbox"/>
Assistanceleistungen im Ausland	
Assistanceleistungen im Ausland (gemäß Aufzählung AVB)	<input checked="" type="checkbox"/>
Krieg, Bürgerkrieg, Innere Unruhen und Terror	
Unfallfolgen und Krankheiten durch Krieg und Kriegsfolgeereignisse	
Bei regionalem Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weltweit <input checked="" type="checkbox"/> Außerhalb Deutschlands <input type="checkbox"/> Außerhalb Europas <input type="checkbox"/> Außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltsortes
Leistungsvoraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Keine im gewöhnlichen Aufenthaltsort, keine Reisewarnung aber mit Rückreisefrist bei Kriegsausbruch außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltsorts <input checked="" type="checkbox"/> Keine Reisewarnung aber mit Rückreisefrist bei Kriegsausbruch <input type="checkbox"/> Kriegsfolgeereignisse <input type="checkbox"/> Keine Reisewarnung <input type="checkbox"/> Keine Reisewarnung und nur Kriegsfolgeereignisse
Versicherungsschutz gilt nicht nur für Auslandsreisen von bis zu 2 Monaten	<input checked="" type="checkbox"/>
Unfallfolgen und Krankheiten durch Bürgerkrieg	
Bei regionalem Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Außerhalb Deutschlands
Leistungsvoraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Keine Reisewarnung aber mit Rückreisefrist bei Bürgerkriegsausbruch <input type="checkbox"/> Keine Reisewarnung
Unfallfolgen und Krankheiten durch Innere Unruhen	
Bei regionalem Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Außerhalb Deutschlands
Leistungsvoraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Keine Reisewarnung aber mit Rückreisefrist bei Ausbruch
Unfallfolgen und Krankheiten durch Terrorereignisse	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Bei regionalem Eintritt	<input checked="" type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Außerhalb Deutschlands
Leistungsvoraussetzung	<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Keine im gewöhnlichen Aufenthaltsort, keine Reisewarnung aber mit Rückreisefrist bei Kriegsausbruch außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltsorts <input type="checkbox"/> Keine bei Reisewarnung aber mit Rückreisefrist bei Terror
Wehrdienstbeschädigungen	
Wehrdienstbeschädigungen	<input type="checkbox"/>
Honorarerstattung für ärztliche Leistungen	
Honorarerstattung in Deutschland	
Ambulante Heilbehandlung	
Erstattungsumfang nach der deutschen GOÄ / GOZ	<input type="checkbox"/> Kein Bezug auf GOÄ / GOZ <input checked="" type="checkbox"/> Über Höchstsätze hinaus <input type="checkbox"/> Bis zum 5fachen Satz <input type="checkbox"/> Bis zu den Höchstsätzen <input type="checkbox"/> Bis zu den Regelhöchstsätzen <input type="checkbox"/> Unter den Regelhöchstsätzen
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Stationäre Heilbehandlung	
Erstattungsumfang nach der deutschen GOÄ / GOZ	<input type="checkbox"/> Kein Bezug auf GOÄ / GOZ <input type="checkbox"/> Über Höchstsätze hinaus <input type="checkbox"/> Bis zum 5fachen Satz <input checked="" type="checkbox"/> Bis zu den Höchstsätzen <input type="checkbox"/> Bis zu den Regelhöchstsätzen <input type="checkbox"/> Unter den Regelhöchstsätzen
Erhöhte Leistung bei Unfall	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Leistung bei schwerer Erkrankung (gemäß Aufzählung AVB)	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Zahnärztliche Heilbehandlung	
Erstattungsumfang nach der deutschen GOÄ / GOZ	<input type="checkbox"/> Kein Bezug auf GOÄ / GOZ <input checked="" type="checkbox"/> Über Höchstsätze hinaus <input type="checkbox"/> Bis zum 5fachen Satz <input type="checkbox"/> Bis zu den Höchstsätzen <input type="checkbox"/> Bis zu den Regelhöchstsätzen bei Zahnbehandlung, bis zu den Höchstsätzen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie <input type="checkbox"/> Bis zu den Regelhöchstsätzen <input type="checkbox"/> Unter den Regelhöchstsätzen
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Honorarerstattung außerhalb Deutschlands	
Ambulante Heilbehandlung	
Erstattungsumfang nach der deutschen GOÄ / GOZ	<input checked="" type="checkbox"/> Kein Bezug auf GOÄ / GOZ <input type="checkbox"/> Über Höchstsätze hinaus <input type="checkbox"/> Bis zu den Höchstsätzen <input type="checkbox"/> Bis zu den Regelhöchstsätzen <input type="checkbox"/> Unter den Regelhöchstsätzen
Keine Begrenzung auf Gebührenhöhe (GOÄ / GOZ) trotz gezielter Heilbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Bindung an ortsübliche / landesübliche Sätze / Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung oder geltende Gebührenordnungen / Taxen	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Stationäre Heilbehandlung	
Erstattungsumfang nach der deutschen GOÄ / GOZ	<input type="checkbox"/> Kein Bezug auf GOÄ / GOZ <input type="checkbox"/> Über Höchstsätze hinaus <input checked="" type="checkbox"/> Bis zu den Höchstsätzen <input type="checkbox"/> Bis zu den Regelhöchstsätzen <input type="checkbox"/> Unter den Regelhöchstsätzen
Keine Begrenzung auf Gebührenhöhe (GOÄ / GOZ) trotz gezielter Heilbehandlung	<input type="checkbox"/>
Keine Bindung an ortsübliche / landesübliche Sätze / Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung oder geltende Gebührenordnungen / Taxen	<input type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Keine prozentuale Limitierung	✓
Zahnärztliche Heilbehandlung	
Erstattungsumfang nach der deutschen GOÄ / GOZ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kein Bezug auf GOÄ / GOZ ○ Über Höchstsätze hinaus ○ Bis zum 5fachen Satz ○ Bis zu den Höchstsätzen ○ Bis zu den Regelhöchstsätzen bei Zahnbehandlung, bis zu den Höchstsätzen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ○ Bis zu den Regelhöchstsätzen ○ Unter den Regelhöchstsätzen
Keine Begrenzung auf Gebührenhöhe (GOÄ / GOZ) trotz gezielter Heilbehandlung	✓
Keine Bindung an ortsübliche / landesübliche Sätze / Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung oder geltende Gebührenordnungen / Taxen	⊘
Keine prozentuale Limitierung	✓
Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb des EWR	
Keine Begrenzung auf Inlandskosten (Deutschland)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grundsätzlich ○ Gegen Beitragszuschlag ○ Gegen Beitragszuschlag zu ortsüblichen Preisen
Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR (siehe Geltungsbereich)	
Keine Begrenzung auf Inlandskosten (Deutschland)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grundsätzlich ○ Gegen Beitragszuschlag
Der Versicherer ist nicht berechtigt Leistungen zu kürzen, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen	⊘
Ambulante Behandlerwahl	
Ambulante Arztwahl	
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Freie Arztwahl ○ Primärarzt ○ Hausarzt ○ Vertragsarzt GKV
100%-Kostenerstattung für ärztliche Behandlung ohne Überweisung	
Praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung bzw. Allgemeinmediziner	✓
Augenärzte	✓
Frauenärzte	✓
Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung	✓
Notärzte (bei nachgewiesener Behandlung im Rahmen des Notdienstes)	✓
Bereitschaftsärzte (bei nachgewiesener Behandlung im Rahmen des Bereitschaftsdienstes)	✓
Hausärztlich tätige Internisten	✓
Urologen (bei Vorsorgeuntersuchungen bei Männern)	✓
Dermatologen	✓
Orthopäden	✓
Kooperationspartner des Versicherers	✓
Voraussetzungen bei Behandlung durch einen Facharzt (nicht Primärarzt)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uneingeschränkte Inanspruchnahme jedes Arztes ○ Bestätigung (Überweisung) eines Primärarztes ist erforderlich ○ Die Bestätigung (Überweisung) eines Primärarztes ist erforderlich, die spätestens nach 6 Monaten erneut erforderlich ist ○ Der Primärarzt hat die Erstbehandlung durchgeführt ○ Der Primärarzt hat die Erstbehandlung durchgeführt, für Folgebehandlungen durch einen Facharzt ist eine Bestätigung (Überweisung) eines Primärarztes erforderlich, die spätestens nach 6 Monaten erneut erforderlich ist
Eine Überweisung ist nicht erforderlich, wenn	
es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt	✓
es sich um eine ambulante Operation handelt	✓
es sich um eine unvorhersehbare Akutbehandlung während einer Reise handelt	✓
sich die versicherte Person mehr als 100 km von ihrem Wohnsitz entfernt aufhält (Jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt gilt dann als Hausarzt im Sinne des Tarifs)	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Eine Überweisung im Ausland ist nicht erforderlich, wenn	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung während eines Auslandsaufenthalts handelt <input type="checkbox"/> es sich um eine ungeplante medizinisch notwendige Behandlung während eines Auslandsaufenthalts handelt <input type="checkbox"/> es sich um eine akute Erkrankung oder einen Unfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von maximal 6 Monaten handelt <input type="checkbox"/> es sich um eine akute Erkrankung oder einen Unfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von maximal 8 Wochen handelt
Wahl besonderer Versorgungseinrichtungen	
Medizinische Versorgungszentren	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhausambulanzen	<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnosezentren / Diagnosekliniken	
Diagnosezentren / Diagnosekliniken	<input type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input type="checkbox"/>
Heilpraktikerleistungen	
Heilpraktikerleistungen nach	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hufelandverzeichnis + GebüH <input type="checkbox"/> GebüH + Aufzählung des Versicherers <input type="checkbox"/> GebüH
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Summenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Summenbegrenzung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 3.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 2.400€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 2.250€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 2.080€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 2.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 1.600€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 1.500€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 1.300€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 1.200€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 1.030€ zur Verfügung <input checked="" type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 1.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 900€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 750€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 500€ zur Verfügung
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Summe steht mindestens jährlich zur Verfügung (Voraussetzungen im ersten Versicherungsjahr beachten) <input type="checkbox"/> Summe steht insgesamt für 24 Monate zur Verfügung
Keine zusätzliche Summenbegrenzung zu Vertragsbeginn	<input checked="" type="checkbox"/>
Honorarerstattung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Begrenzung auf Höchstbeträge GebüH / GOÄ <input type="checkbox"/> Analog GOÄ <input checked="" type="checkbox"/> Bis Höchstbetrag GebüH <input type="checkbox"/> Bis Mindestsatz GebüH
Erstattung von durch Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandsmittel	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Naturheilkundliche Präparate nur, sofern diese über eine Zulassung oder Registrierung gemäß dem AMG verfügen
Alternativmedizin	
Alternativmedizinische Methoden durch Ärzte (in Abgrenzung zu Heilpraktikern) nach	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hufelandverzeichnis + GebüH <input type="checkbox"/> Hufelandverzeichnis <input type="checkbox"/> GebüH + Aufzählung des Versicherers <input type="checkbox"/> GebüH <input type="checkbox"/> Aufzählung des Versicherers
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine zusätzliche Summenbegrenzung zu Vertragsbeginn	<input checked="" type="checkbox"/>
Arzneimittel der alternativen Medizin sind mitversichert	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin
Alternativmedizin durch Hebammen und Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Alternativmedizin durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe	<input type="checkbox"/> Ohne prozentuale Limitierung <input type="checkbox"/> Mit prozentualer Limitierung
Mehrleistungen bei ambulanten Operationen / stationersetzenden Eingriffen	
Pauschale bei ambulanter Operation / stationersetzendem Eingriff zusätzlich zur Erstattung der Aufwendungen	<input type="checkbox"/> 300 € <input type="checkbox"/> 200 € <input type="checkbox"/> 150 € <input type="checkbox"/> 100 €
Voraussetzung für Pauschale	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ambulante Operationen aus § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Ambulante Operation aus Verzeichnis des Versicherers
Honorarerstattung ist höher als Honorarerstattung für ambulante Heilbehandlung	<input type="checkbox"/>
Kostenerstattung für Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der prozentualen Erstattung für Heilmittel oder keine prozentuale Limitierung für Heilmittel	<input type="checkbox"/>
Arzneimittel und künstliche Ernährung	
Arzneimittel	
Keine Begrenzung auf verschreibungspflichtige Medikamente	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine absolute Selbstbeteiligung	<input checked="" type="checkbox"/>
Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Eins der drei preisgünstigsten, wirkstoffgleichen Arzneimittel, sofern verfügbar und medizinische Notwendigkeit für das verordnete Arzneimittel nicht zwingend gegeben <input type="checkbox"/> Begrenzte prozentuale Eigenbeteiligung <input type="checkbox"/> Unbegrenzte prozentuale Eigenbeteiligung
Erstattung im Ausland ist nicht auf 75% beschränkt	<input checked="" type="checkbox"/>
Bezugsquelle: Keine Vorgabe	<input checked="" type="checkbox"/>
Generika	<input checked="" type="checkbox"/> Generika müssen nicht vorrangig genutzt werden <input type="checkbox"/> Prozentuale Selbstbeteiligung, wenn Generika vorhanden sind und nicht vorrangig genutzt werden <input type="checkbox"/> Absolute Selbstbeteiligung, wenn keine Generika genutzt werden
Präparate / Mittel zur künstlichen Ernährung	
Präparate / Mittel zur künstlichen Ernährung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Bezugsquelle: keine Vorgabe	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Präparate / Mittel sind versichert	
Enterale Ernährung (über den Magen-Darm-Trakt) durch den Mund	<input checked="" type="checkbox"/>
Enterale Ernährung (über den Magen-Darm-Trakt) mit Hilfe einer Sonde	<input checked="" type="checkbox"/>
Parenterale Ernährung (über einen Venenkatheter)	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Einschränkung auf bestimmte, in den AVB genannte Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	<input checked="" type="checkbox"/>
Weitere Leistungen bei medizinischer Notwendigkeit	
Nahrungsergänzungsmittel	<input type="checkbox"/>
Medikamentenähnliche Nahrungsmittel / diätetische Lebensmittel / bilanzierte Diäten / Nährstoffpräparate	<input type="checkbox"/> Offene Aufzählung der Erkrankungen <input type="checkbox"/> Nur bei Enzymmangelkrankheiten und Mukoviszidose
Stärkungsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenkost	<input type="checkbox"/>
Desinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>
Weitere erstattungsfähige Aufwendungen	
Nicht-verordnete Arzneimittel bis (im Jahr)	<input type="checkbox"/> 120 € <input type="checkbox"/> 100 €
HIV-Präexpositionsprophylaxe ab dem 16. Lebensjahr bei substantiellem HIV-Infektionsrisiko	<input type="checkbox"/>
Präparate bei erektiler Dysfunktion	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Präparate bei erektiler Dysfunktion bei bestimmten Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Aufzählung der Erkrankungen <input type="checkbox"/> Abschließende Aufzählung der Erkrankungen
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf (Kosten) Generika	<input checked="" type="checkbox"/>
Verhütungsmittel	
Verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln (ohne Grunderkrankung)	<input type="checkbox"/>
Altersbegrenzung	<input type="checkbox"/> Ohne Altersbegrenzung <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres
Preisliche Limitierung	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 150 €
Hormon-Tabletten zur Notfall-Verhütung ("Pille danach") bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres	<input type="checkbox"/>
Keine Verordnung nötig	<input type="checkbox"/>
Heilmittel	
Versicherte Behandlungen	
Für die versicherten Heilmittel sind folgende Leistungskriterien erfüllt	
Einschränkung auf Heilmittel aus folgendem Verzeichnis	<input checked="" type="checkbox"/> Kein Heilmittelverzeichnis <input type="checkbox"/> Bundesbeihilfverordnung <input type="checkbox"/> Heilmittelverzeichnis des Versicherers <input type="checkbox"/> GOÄ
Hausbesuche des Behandlers sind versichert	<input checked="" type="checkbox"/>
Entfall der prozentualen Limitierung bei schweren Erkrankungen gemäß Aufzählung	<input checked="" type="checkbox"/>
Entfall der prozentualen Limitierung bei Therapie durch einen Kooperationspartner des Versicherers oder keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Physiotherapie	
Physiotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Gemäß Aufzählung
Bezugsquelle: Keine Vorgabe	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Limitierung bzgl. der Anzahl der Behandlungen / Verordnungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung oder Zuzahlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
Logopädie	
Logopädie	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Bezugsquelle: Keine Vorgabe	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Limitierung bzgl. der Anzahl der Behandlungen / Verordnungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung oder Zuzahlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
Ergotherapie	
Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Bezugsquelle: Keine Vorgabe	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Limitierung bzgl. der Anzahl der Behandlungen / Verordnungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung oder Zuzahlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Podologie	
Podologie	<input checked="" type="checkbox"/> grundsätzlich <input type="checkbox"/> bei Diabetes / diabetischem Fußsyndrom
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Bezugsquelle: keine Vorgabe	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Limitierung bzgl. der Anzahl der Behandlungen / Verordnungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung oder Zuzahlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
Tiergestützte Therapieverfahren	
Tiergestützte Therapieverfahren	<input type="checkbox"/> Alle <input checked="" type="checkbox"/> Hippotherapie
Nicht nur bei bestimmten Erkrankungen (gemäß AVB)	<input checked="" type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Altersbeschränkung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung oder Zuzahlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationssport und Funktionstraining	
Rehabilitationssport und Funktionstraining	<input type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Preisliche Limitierung	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 300 € <input type="checkbox"/> 200 €
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse	<input type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf Leistungserbringer, die von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern zugelassen sind	<input type="checkbox"/>
Nichtärztliche Behandler (Angehörige staatlich anerkannter Gesundheitsfach- / Heilhilfsberufe)	
Offene Formulierung (alle Gesundheitsfach- / Heilhilfsberufe)	<input checked="" type="checkbox"/>
Logopäden	<input checked="" type="checkbox"/>
Sprachheilpädagogen	<input checked="" type="checkbox"/>
Ergotherapeuten	<input checked="" type="checkbox"/>
Physiotherapeuten / Krankengymnasten	<input checked="" type="checkbox"/>
Masseure und medizinische Bademeister	<input checked="" type="checkbox"/>
Podologen	<input checked="" type="checkbox"/>
Osteopathie	
Osteopathie	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Bei orthopädischen Erkrankungen
Osteopathen (Qualifizierungsanforderungen des Versicherers an Behandler beachten)	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Verordnung durch Arzt oder Heilpraktiker erforderlich	<input type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Limitierung bzgl. der Anzahl der Behandlungen / Verordnungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (ggf. Heilpraktikersummenbegrenzungen beachten)	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse (interne Verzeichnisse VU)	<input type="checkbox"/>
Chiropraktik / Chirotherapie	
Chiropraktik / Chirotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Chiropraktiker (Qualifizierungsanforderungen des Versicherers an Behandler beachten)	<input type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Keine preisliche Limitierung (ggf. Heilpraktikersummenbegrenzungen beachten)	⊘
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse (interne Verzeichnisse VU)	⊘
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Generell ○ Bei seltenen, angeborenen Stoffwechselerkrankungen
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Bezugsquelle: Keine Vorgabe	✓
Auch durch Diätassistenten	✓
Auch durch Ernährungswissenschaftler und Oecotrophologen	⊘
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Limitierung bzgl. der Anzahl der Behandlungen / Verordnungen	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine Begrenzung auf Preisverzeichnisse	✓
Hilfsmittel	
Lebenserhaltende Hilfsmittel	
Offene Formulierung (keine Einschränkung, was die Art des lebenserhaltenden Hilfsmittels betrifft)	
Lebenserhaltende Hilfsmittel	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Geräte zur künstlichen Ernährung	
Geräte zur künstlichen Ernährung	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Heimdialysegeräte	
Heimdialysegeräte	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Sauerstoffkonzentratoren, Sauerstoffgeräte, Beatmungsgeräte, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Sauerstoffkonzentratoren, Sauerstoffgeräte, Beatmungsgeräte, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte)	
Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte)	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Stoma-Versorgungsartikel	
Stoma-Versorgungsartikel	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Infusionspumpen, Schmerzmittelpumpen	
Infusionspumpen, Schmerzmittelpumpen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Inhalationsgeräte	
Inhalationsgeräte	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Gerinnungsmonitore	
Gerinnungsmonitore	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Absauggeräte	
Absauggeräte	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Atemüberwachungsmonitore, Überwachungsmonitore für Säuglinge	
Atemüberwachungsmonitore, Überwachungsmonitore für Säuglinge	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Pulsoximeter	
Pulsoximeter	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Herzüberwachungsmonitore	
Herzüberwachungsmonitore	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Körperersatzstücke	
Offene Formulierung (keine Einschränkung, was die Art des Körperersatzstückes betrifft)	
Körperersatzstücke	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Prothesen	
Prothesen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Kunstglieder / Arm- und Beinprothesen	
Kunstglieder / Arm- und Beinprothesen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Brustprothesen	
Brustprothesen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Kunstaugen	
Kunstaugen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Epithesen	
Epithesen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Haarersatz bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs-, Operationsnarben	
Haarersatz bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs-, Operationsnarben	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Krankenfahrstühle	
Offene Formulierung (keine Einschränkung, was die Art des Krankenfahrstuhls betrifft)	
Krankenfahrstühle	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Rollstühle	
Rollstühle	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Handbetriebener Krankenfahrstuhl	
Handbetriebener Krankenfahrstuhl	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Orthopädische Hilfsmittel	
Offene Formulierung (keine Einschränkung, was die Art des orthopädischen Hilfsmittels betrifft)	
Orthopädische Hilfsmittel	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Stützapparate / Orthesen	
Stützapparate / Orthesen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Gehapparate / Orthesen	
Gehapparate / Orthesen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Einlagen / Schuhzurichtungen	
Einlagen / Schuhausgleich	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Orthopädische Schuhe	
Orthopädische Schuhe	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Sonstige Hilfsmittel	
Offene Formulierung (keine Einschränkung, was die Art des sonstigen Hilfsmittels betrifft)	
Sonstige Hilfsmittel	⊘
Bezugsquelle: keine Vorgabe	⊘
Kauf / Miete: keine Vorgabe	⊘
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	⊘
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	⊘
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	⊘
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	⊘
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	⊘
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	⊘
Blindenhund / Blindenführer	
Blindenhund / Blindenführer	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Hörgeräte / Hörhilfen	
Hörgeräte / Hörhilfen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Künstlicher bzw. elektronischer Kehlkopf / Sprechgerät / Sprechhilfe	
Künstlicher bzw. elektronischer Kehlkopf / Sprechgerät / Sprechhilfe	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Elektronische Lesehilfe	
Elektronische Lesehilfe	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Blindenleitgerät	
Blindenleitgerät	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Blindenstock	
Blindenstock	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Inkontinenzartikel	
Inkontinenzartikel	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Gummistrümpfe / Kompressionsstrümpfe	
Gummistrümpfe / Kompressionsstrümpfe	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Leibbinden, Umstandsleibbinden, Bandagen, Bruchbänder	
Leibbinden, Umstandsleibbinden, Bandagen, Bruchbänder	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Rollatoren	
Rollatoren	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Blutdruckmessgeräte	
Blutdruckmessgeräte	⊘
Bezugsquelle: keine Vorgabe	⊘
Kauf / Miete: keine Vorgabe	⊘
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	⊘
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	⊘
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	⊘
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	⊘

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	⊘
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	⊘
Blutzuckermessgeräte	
Blutzuckermessgeräte	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Insulinpumpen	
Insulinpumpen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Wechseldruckmatratzen/-Systeme	
Wechseldruckmatratzen/-Systeme	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Krankenpflegebetten	
Krankenpflegebetten	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Therapiegeräte und hilfsmittelähnliche Leistungen	
Therapiegeräte	
Offene Formulierung (keine Einschränkung, was die Art des Therapiegeräts betrifft)	
Therapiegeräte	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Bewegungsschienen	
Bewegungsschienen	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
TENS-Geräte	
TENS-Geräte	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Iontophoresegeräte	
Iontophoresegeräte	✓
Bezugsquelle: keine Vorgabe	✓
Kauf / Miete: keine Vorgabe	✓
Kein Verweis auf alternative Versorgungsformen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	✓
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	✓
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	✓
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	✓
Hilfsmittelähnliche Leistungen	
Gebärdensprachdolmetscher als Kommunikationshilfe (nach KHV, JVEG)	
Erstattung, wenn Inanspruchnahme erforderlich für	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Tarifliche Leistungen ✓ Medizinisch notwendige Heilbehandlungen
Schriftdolmetscher als Kommunikationshilfe (nach KHV, JVEG)	
Erstattung, wenn Inanspruchnahme erforderlich für	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Tarifliche Leistungen ✓ Medizinisch notwendige Heilbehandlungen ○ Ärztliche Leistungen
Allergikerbettwäsche	
Allergikerbettwäsche	⊘
Bezugsquelle: keine Vorgabe	⊘

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Kauf / Miete: keine Vorgabe	⊘
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	⊘
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung (z.B. jährlich, alle 2 Jahre)	⊘
Keine prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)	⊘
Keine preisliche Limitierungen (Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)	⊘
Keine Limitierung auf "Art der Ausführung"	⊘
Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen)	
Sehhilfen ohne Altersbegrenzung	✓
Anspruch nicht nur bei Änderung der Sehschärfe um mind. +/- 0,5 Dioptrien	✓
Anspruch nicht nur bei Dioptrienstärken von +/- 8 und/oder Zylinderwerten von +/- 4 und mehr	✓
Leistung auch bei Refraktionsbestimmung durch Optiker	✓
Summenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Summenbegrenzung ⊘ Es stehen insgesamt 1.201€ bis 1.500€ zur Verfügung ⊘ Es stehen insgesamt 1.001€ bis 1.200€ zur Verfügung ✓ Es stehen insgesamt 901€ bis 1.000€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt 601€ bis 900€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt 501€ bis 600€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt 401€ bis 500€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt 301€ bis 400€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt 201€ bis 300€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt 101€ bis 200€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt 75% von maximal 230€ zur Verfügung ○ Es stehen insgesamt bis zu 100€ zur Verfügung ○ Festbeträge analog GKV und Richtlinien GBA
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Summe steht mindestens jährlich zur Verfügung ⊘ Summe steht insgesamt für 24 Monate zur Verfügung ✓ Summe steht insgesamt für 36 Monate zur Verfügung ○ Festbeträge analog GKV und Richtlinien GBA
Zusätzliche prozentuale Erstattung über Summenbegrenzung hinaus	⊘
Keine Beschränkung auf einfache Ausführung	✓
Entfall der zeitlichen Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine zeitliche Limitierung oder bei Veränderung der Sehstärke ⊘ Bei Veränderung der Sehschärfe um mind. 0,25 Dioptrien ⊘ Bei Veränderung der Sehschärfe um mind. 0,5 Dioptrien ⊘ Für Kinder bei Veränderung der Sehschärfe um mind. 0,5 Dioptrien ⊘ Festbeträge analog GKV und Richtlinien GBA
Erstattungserhöhung bei Sehschwäche	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Ab 6 Dioptrien ⊘ Ab 8 Dioptrien
Erstattungserhöhung bei Mehrstärkengläsern	⊘
Für Kontaktlinsen gilt keine zusätzliche Begrenzung / Einschränkung	✓
Für Kinder gilt die gleiche Erstattungshöhe wie für Erwachsene	✓
Für Kinder gelten verkürzte Erstattungsabstände als für Erwachsene	⊘
Aufwendungen für Reparatur	✓
Sonnenbrillen mit Stärke	⊘
Bildschirm-Arbeitsplatzbrille	⊘
Kontaktlinsenpflegemittel	⊘
Operative Korrekturen von Fehlsichtigkeit (z.B. LASIK): Leistungen bis -2,75 Dioptrien	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Operative Beseitigung / Verminderung einer Fehlsichtigkeit ist versichert	✓
Erstanspruch	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Direkter Anspruch ⊘ 2-jährige Vorversicherungszeit erforderlich ✓ 3-jährige Vorversicherungszeit erforderlich ○ Individuelle Zusage

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Folgeanspruch	<input checked="" type="checkbox"/> Direkter Anspruch <input type="checkbox"/> Nach Ablauf von 2 Jahren <input type="checkbox"/> Nach Ablauf von 3 Jahren <input type="checkbox"/> Nach Ablauf von 5 Jahren <input type="checkbox"/> Nach Ablauf von 10 Jahren <input type="checkbox"/> Anspruch besteht während der Vertragslaufzeit einmalig <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Summenbegrenzung	<input type="checkbox"/> Keine Summenbegrenzung <input checked="" type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 3.000€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 5.000€ <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 2.500€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 4000€ <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 2.000€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 1.500€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 2.000€ <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 1.000€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 750€ pro Auge in den ersten 24 Monaten, danach 1.500€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 1.500€ <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 500€ pro Auge in den ersten 24 Monaten, danach 1.000€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 500€ pro Auge in den ersten 36 Monaten, danach 2.000€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 500€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 400€ pro Auge in den ersten 24 Monaten, danach 2.500€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 400€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 250€ pro Auge in den ersten 24 Monaten, danach 500€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 250€ pro Auge in den ersten 36 Monaten, danach 1.500€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis 200€ pro Auge <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 360€ <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 300€ <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 260€ <input type="checkbox"/> Beteiligung des Versicherers bis insgesamt 100€ <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Inanspruchnahme wird unabhängig vom alternativen Ausgleich der Fehlsichtigkeit durch Sehhilfen gewährt	<input checked="" type="checkbox"/>
Inanspruchnahme hat keine Auswirkung auf Erstattungsregelung von Sehhilfen	<input checked="" type="checkbox"/>
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA's)	
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die im Verzeichnis vom Bundesministerium für Arznei- und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Nur wenn VP Indikation hat, für die die entsprechende DiGA laut Verzeichnis / Vergütungsvertrag anzuwenden ist
DiGA's können als Leistung aus folgenden Bereichen in Anspruch genommen werden	<input type="checkbox"/> Alle Bereiche (Ambulant, stationär und Zahn) <input type="checkbox"/> Nur im ambulanten Bereich, bei Schwangerschaft und Entbindung <input checked="" type="checkbox"/> Nur im ambulanten Bereich
Keine Einschränkung auf DiGA's der niedrigen Risikoklasse	<input checked="" type="checkbox"/>
Kostenübernahme auch bei DiGA's die nicht im Verzeichnis vom BfArM enthalten sein (evtl. mit Leistungseinschränkungen)	<input type="checkbox"/> Generell <input checked="" type="checkbox"/> Unter bestimmten Voraussetzungen
Erstattung wenn Verordnung durch Arzt oder	
Heilpraktiker	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Für Bereiche: Stationär und Zahn
Staatlich anerkannte Gesundheitsfachberufe	<input type="checkbox"/>
Erstattung ohne Verordnung	
Wenn DiGA im Verzeichnis der BfArM	<input type="checkbox"/>
Durch vorherige Genehmigung des Versicherers	<input type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf Vergütungsvereinbarungen / Preisverzeichnisse	<input type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Bereitstellung der DiGA durch Versicherer hat keinen Einfluss auf Erstattung durch andere Anbieter	✓
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Keine ✓ 12 Monate, danach erneute Verordnung notwendig ○ 3 Monate, danach erneute Verordnung oder vorherige Zusage des VU notwendig ○ Begrenzt, wenn GKV mit dem Hersteller einen maximalen Leistungszeitraum gesetzt hat oder ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt wurde / begrenzt auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit
Für Folgeverordnung keine Beschaffung über Versicherer notwendig	✓
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) für Folgeverordnungen trotz Verordnung notwendig	✓
Psychotherapie	
Ambulante Psychotherapie	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Erstanspruch	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Direkter Anspruch ○ Erstanspruch nach 24 Monaten
Anzahl der versicherten Sitzungen pro Jahr	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unbegrenzt ○ Unbegrenzt bei Arzt oder Psychotherapeut, 10 Sitzungen bei Heilpraktikern ○ Unbegrenzt ab der 31. Sitzung ○ 60 Sitzungen, weitere nach schriftlicher Zusage ○ 60 Sitzungen ○ 52 Sitzungen, weitere nach schriftlicher Zusage ○ 50 Sitzungen, weitere nach schriftlicher Zusage ○ 50 Sitzungen ○ 30 Sitzungen, weitere nach schriftlicher Zusage ○ 30 Sitzungen ○ 20 Sitzungen, weitere nach schriftlicher Zusage ○ 20 Sitzungen ○ Individuelle Zusage
Keine Prozentuale Limitierung der versicherten Sitzungen pro Versicherungsfall	✓
Keine prozentuale Limitierung der versicherten Sitzungen pro Kalenderjahr	✓
Wahl nichtärztlicher Behandler	
Nach Genehmigung keine weitere Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Psychologische Psychotherapeuten (auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	✓
Heilpraktiker (im Rahmen der versicherten Heilpraktikerleistungen) (Voraussetzungen beachten)	✗
Stationäre Psychotherapie	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Generell ○ bei Behandlungen in Einrichtungen, die für die Behandlung von GKV-Versicherten zugelassen ist und nach BPfIV bzw. KHEntgG abrechnen
Bezugsquelle: Keine Vorgabe	✓
Anzahl der versicherten Behandlungstage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unbegrenzt ○ 31 bis 50 Behandlungstage ○ 21 bis 30 Behandlungstage ○ 1 bis 20 Behandlungstage ○ Individuelle Zusage
Keine prozentuale Limitierung	✓
Soziotherapie	
Soziotherapie	✓
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, Vergütungsvereinbarungen, Höchstbeträge)	✗
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Keine zeitliche Limitierung ✓ 120 Stunden in 3 Jahren je Versicherungsfall ○ 120 Stunden je Versicherungsfall ○ 120 Stunden in 3 Jahren
Kein Ausschluss bei betreutem Wohnen und Unterbringung im Pflegeheim	✓
Stationäre Behandlung	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Krankenhausleistungen (gemäß Bundespflegesatzverordnung / Krankenhausentgeltgesetz / Fallpauschalensystem für Krankenhäuser)	
In Deutschland	
Allgemeine Krankenhausleistungen	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ohne Bezug auf BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale <input type="checkbox"/> Bis zu 250% der Leistung gemäß BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale <input type="checkbox"/> Bis zu 200% der Leistung gemäß BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale <input type="checkbox"/> Bis zu 150% der Leistung gemäß BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale <input type="checkbox"/> Bis zu 125% der Leistung gemäß BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale <input type="checkbox"/> Bis zu 100% der Leistung gemäß BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale <input checked="" type="checkbox"/> Ausschließlich gemäß BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale
Bezug auf BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale entfällt bei Unfall / Notfall (oder ohne Bezug auf BPfIV / KHEntgG / Fallpauschale)	<input type="checkbox"/>
Außerhalb Deutschlands	
Bezug auf Bundespflegesatzverordnung / Krankenhausentgeltgesetz / Fallpauschalen entfällt im Ausland	<input type="checkbox"/>
Kostenerstattung ist nicht auf 300,- EUR je Verweiltag im Krankenhaus beschränkt	<input checked="" type="checkbox"/>
Stationäre Arztwahl	
Privatärztliche / wahlärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>
Privatärztliche / wahlärztliche Behandlung bei Unfall	<input type="checkbox"/>
Privatärztliche / wahlärztliche Behandlung bei schwerer Erkrankung (gemäß AVB)	<input type="checkbox"/>
Gesondert berechenbare Leistungen des Belegarztes	<input checked="" type="checkbox"/>
Stationäre Unterbringung	
Unterbringung im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input checked="" type="checkbox"/> Mehrbettzimmer
Verbesserte Unterbringung bei Unfall	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Einbettzimmer bei Unfall <input type="checkbox"/> Einbettzimmer bei Unfall innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfalltag
Meldepflicht eines Krankenhausaufenthaltes	
Meldefrist, die Auswirkung auf die Leistung hat	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Keine Meldefrist <input type="checkbox"/> Meldefrist nur im Ausland binnen 10 Tage <input type="checkbox"/> Meldefrist nur im Ausland - unverzüglich / so schnell wie möglich <input type="checkbox"/> Meldepflicht im In- und Ausland binnen 10 Tagen <input type="checkbox"/> Meldepflicht im Inland binnen 10 Tage, im Ausland unverzüglich
Übernahme der Kosten für	
Telefonanschluss	<input type="checkbox"/>
Fernseher	<input type="checkbox"/>
Internetanschluss	<input type="checkbox"/>
Besondere Verpflegung	<input type="checkbox"/>
Beitragsfreiheit bei stationärem Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bei einem länger als 8 Wochen andauernden Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Bei einem länger als 91. Tage andauernden Krankenhausaufenthalt
Es muss keine Vorversicherungszeit eingehalten werden	<input type="checkbox"/>
Unterbringung in einer Gemischten Anstalt	
Der gezielte stationäre Aufenthalt ist ohne schriftliche Zusage versichert, wenn folgende Voraussetzung gilt	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Es handelt sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung, die nicht vorwiegend psychotherapeutisch ist <input type="checkbox"/> Es handelt sich um medizinisch notwendige Operationen
Leistungserstattung bei Notfalleinweisungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Leistungserstattung, wenn es sich um eine akute Erkrankung während des Aufenthalts in einer gemischten Anstalt handelt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert	<input checked="" type="checkbox"/>
Leistungserstattung stationär bei fehlender regionaler Alternative, wenn es sich um das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Nähe	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> des Aufenthaltsortes / Umgebung des Versicherten handelt <input type="checkbox"/> des Wohnort oder des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherten handelt <input type="checkbox"/> des Umkreises von 20km des Wohnortes des Versicherten handelt <input type="checkbox"/> des Wohnortes des Versicherten handelt
Anschlussheilbehandlung, Reha und Kur	
Anschlussheilbehandlung (AHB)	
Stationäre AHB	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
AHB nach stationärem Aufenthalt	<input checked="" type="checkbox"/> Grundsätzlich <input type="checkbox"/> Bei definierten Erkrankungen / Behandlungen / Voraussetzungen <input type="checkbox"/> Bei "schweren" Erkrankungen
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Bei definierten Erkrankungen / Behandlungen
Frist für den Beginn der AHB	<input type="checkbox"/> Keine Frist oder Fristverlängerung bis AHB-Beginn aus medizinischen oder Gründen der Verfügbarkeit möglich ist <input checked="" type="checkbox"/> Fristverlängerung bis AHB-Beginn aus medizinischen Gründen möglich ist <input type="checkbox"/> Innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 8 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Unmittelbar / in engem zeitlichen Zusammenhang nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Leistungsdauer	<input checked="" type="checkbox"/> Ohne Begrenzung <input type="checkbox"/> 6 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Wochen, länger nach schriftlicher Zusage <input type="checkbox"/> 3 Wochen <input type="checkbox"/> Individuelle Prüfung nach Art und Schwere der Erkrankung / individuelle Zusage
Keine Beschränkung auf allgemeine Krankenhausleistungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf einen Tagessatz	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambulante AHB	
Ambulante AHB	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Frist für den Beginn der AHB	<input type="checkbox"/> Keine Frist oder Fristverlängerung bis AHB-Beginn aus medizinischen oder Gründen der Verfügbarkeit möglich ist <input checked="" type="checkbox"/> Fristverlängerung bis AHB-Beginn aus medizinischen Gründen möglich ist <input type="checkbox"/> Innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 28 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung
Summenbegrenzung	<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 150 € pro Versicherter und pro Tag
Keine prozentuale und zeitliche Limitierung bei ambulanter AHB	<input type="checkbox"/>
Fitnessstudio nach OP am Bewegungsapparat für 3 Monate	<input type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf Maßnahmen in der Nähe des Wohnortes des Versicherten	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstige Reha-Maßnahmen (in Abgrenzung zur AHB)	
Rehamaßnahmen, wenn diese nicht von gesetzlichem Träger übernommen werden ohne vorherige Zusage des Versicherers (KANN-Regelung)	<input checked="" type="checkbox"/>
Erstanspruch	<input checked="" type="checkbox"/> Direkter Anspruch <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 2 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 3 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 4 Versicherungsjahren
Folgeanspruch	<input checked="" type="checkbox"/> Direkter Anspruch <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 2 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 3 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 4 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 5 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 10 Versicherungsjahren
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine zeitliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Summenbegrenzung	<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 1.540 € <input type="checkbox"/> 1.400 € <input type="checkbox"/> 1.000 € <input type="checkbox"/> 840 €
Keine Begrenzung auf einen Tagessatz	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf ambulante Maßnahmen in der Nähe des Wohnortes des Versicherten	<input checked="" type="checkbox"/>
Entziehung	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Versicherte Maßnahme	<input checked="" type="checkbox"/> Entziehung / Entwöhnung <input type="checkbox"/> Stationäre Entziehung / Entwöhnung <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Anzahl der versicherten Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Unbegrenzt <input type="checkbox"/> Drei innerhalb von 10 Jahren / pro Diagnose <input checked="" type="checkbox"/> Drei <input type="checkbox"/> Zwei ambulante und eine stationäre <input type="checkbox"/> Eine, zwei weitere nach schriftlicher Zusage <input type="checkbox"/> Eine <input type="checkbox"/> Nur die erste Maßnahme
Keine Anrechnung von Maßnahmen, die von anderen Kostenträgern bezahlt werden, auf die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine zeitliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Versicherer bestimmt nicht: "Art, Umfang, Dauer und Einrichtung"	<input checked="" type="checkbox"/>
Kein Ausschluss von nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z.B. Spielsucht)	<input checked="" type="checkbox"/>
Kein Ausschluss der Nikotinsucht	<input type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf allgemeine Krankenhausleistungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf Regelhöchstsatz der GOÄ	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf Plankrankenhäuser	<input checked="" type="checkbox"/>
Kur	
Kurortklausel	
Ambulante ärztliche Behandlung im Kurort (Kurortklausel entfällt)	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambulante Kurbehandlung	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Kurmaßnahmen, wenn diese nicht von gesetzlichem Träger übernommen werden ohne vorherige Zusage des Versicherers (KANN-Regelung)	<input checked="" type="checkbox"/>
Anspruchstellung	
Erstanspruch	<input checked="" type="checkbox"/> Direkter Anspruch <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 1 Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 2 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 3 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Folgeanspruch / zeitliche Limitierung der Summenbegrenzung	<input type="checkbox"/> Direkter Anspruch <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 2 Versicherungsjahren <input checked="" type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 3 Versicherungsjahren/Kalenderjahren <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 4 oder mehr Jahren <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Leistungsdauer	<input checked="" type="checkbox"/> Keine Begrenzung <input type="checkbox"/> 8 Wochen <input type="checkbox"/> 5 Wochen <input type="checkbox"/> 30 Tage <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Wochen <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Summenbegrenzung für aufgelistete Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> 5.000 € <input type="radio"/> 3.000 € <input type="radio"/> 2.800 € <input type="radio"/> 2.500€ <input checked="" type="radio"/> 2.000 € <input type="radio"/> 1.800 € <input type="radio"/> 1.540 € <input type="radio"/> 1.500 € <input type="radio"/> 1.400 € <input type="radio"/> 1.000 € <input type="radio"/> 840 € <input type="radio"/> 600 €
Versicherte Kurleistungen	
Heilmittel	
Heilmittel	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf Preisverzeichnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
Verbandmittel	
Verbandmittel	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Arzneimittel	
Arzneimittel	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Ärztliche Behandlungen	
Ärztliche Behandlungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Kurplanerstellung	
Kurplanerstellung	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Kurtaxe	
Kurtaxe	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Kostenunabhängiges Kurtagegeld ist versichert (Voraussetzungen beachten)	<input type="checkbox"/>
Stationäre Kurbehandlung	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Anspruchstellung	
Erstanspruch	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Direkter Anspruch <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 2 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 3 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Erstanspruch nach 4 oder mehr Jahren <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Folgeanspruch / zeitliche Limitierung der Summenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Direkter Anspruch <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 2 Versicherungsjahren <input checked="" type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 3 Versicherungsjahren <input type="checkbox"/> Folgeanspruch nach 4 oder mehr Jahren <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Leistungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Keine Begrenzung <input type="checkbox"/> 8 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Wochen <input type="checkbox"/> 5 Wochen <input type="checkbox"/> 30 Tage <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Wochen, länger nach schriftlicher Zusage <input type="checkbox"/> 3 Wochen <input type="checkbox"/> Individuelle Zusage
Der Geltungsbereich ist nicht auf Deutschland beschränkt	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Summenbegrenzung für aufgelistete Leistungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 50 € / Tag <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 2.800 € <input type="checkbox"/> 2.500€ <input checked="" type="checkbox"/> 2.000 € <input checked="" type="checkbox"/> 1.800 € <input checked="" type="checkbox"/> 1.540 € <input checked="" type="checkbox"/> 1.500 € <input checked="" type="checkbox"/> 1.400 € <input checked="" type="checkbox"/> 1.000 € <input checked="" type="checkbox"/> 840 € <input checked="" type="checkbox"/> 600 € <input checked="" type="checkbox"/> 392 €
Versicherte Kurleistungen	
Heilmittel	
Heilmittel	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine Beschränkung auf Preisverzeichnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
Verbandmittel	
Verbandmittel	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Arzneimittel	
Arzneimittel	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Ärztliche Behandlungen	
Ärztliche Behandlungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Kurplanerstellung	
Kurplanerstellung	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Kurtaxe	
Kurtaxe	<input type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Unterkunft	
Unterkunft	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Verpflegung	
Verpflegung ist versichert	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Kostenunabhängiges Kurtagegeld (Voraussetzungen beachten)	<input type="checkbox"/>
Krankenpflege und Palliativversorgung	
Häusliche Krankenpflege	
Sicherungspflege	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Sicherungspflege	<input checked="" type="checkbox"/> Grundsätzlich <input type="checkbox"/> Bei 24-stündiger Überwachung aufgrund künstlicher Beatmung
Behandlungspflege	<input checked="" type="checkbox"/>
Grundpflege	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>
Keine zeitliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, Vergütungsvereinbarungen, Höchstbeträge)	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Kein Verweis auf Pflege durch "im Haushalt lebende Personen"	✓
Krankenhausersatzpflege	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Krankenhausersatzpflege	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grundsätzlich ○ Bei 24-stündiger Überwachung aufgrund künstlicher Beatmung
Behandlungspflege	✓
Grundpflege	✓
Hauswirtschaftliche Versorgung	✓
Keine zeitliche Limitierung	⊘
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, Vergütungsvereinbarungen, Höchstbeträge)	✓
Kein Verweis auf Pflege durch "im Haushalt lebende Personen"	✓
Unterstützungspflege	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	⊘
Unterstützungspflege	⊘
Grundpflege	⊘
Hauswirtschaftliche Versorgung	⊘
Keine zeitliche Limitierung	⊘
Keine prozentuale Limitierung	⊘
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, Vergütungsvereinbarungen, Höchstbeträge)	⊘
Kein Verweis auf Pflege durch "im Haushalt lebende Personen"	⊘
Leistung im Pflegefall	
Zahlung einer Pflegepauschale bei Pflegegrad 3	⊘
Beitragsfreiheit/-reduzierung bei	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Beitragsfreiheit bei Pflegegrad 4 und 5 ⊘ Beitragsreduzierung um 50% bei Pflegegrad 4, Beitragsfreiheit bei Pflegegrad 5 ⊘ Beitragsfreiheit bei Pflegegrad 5
Palliativversorgung	
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grundsätzlich ○ Bei definierten Erkrankungen / Behandlungen / Voraussetzungen
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung / Beihilfe	⊘
Keine zeitliche Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, Vergütungsvereinbarungen, Höchstbeträge)	⊘
Hospizversorgung	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Teilstationäre Hospizversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grundsätzlich ○ Bei definierten Erkrankungen / Behandlungen / Voraussetzungen
Stationäre Hospizversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grundsätzlich ○ Bei definierten Erkrankungen / Behandlungen / Voraussetzungen
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung / Beihilfe	⊘
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, Vergütungsvereinbarungen, Höchstbeträge)	⊘
Keine zeitliche Limitierung	✓
Kein Verweis auf Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person	✓
Nicht nur in einem von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Hospiz	✓
Beitragsfreiheit ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen, medizinisch notwendigen Hospizaufenthaltes	⊘
Stationäre Kurzzeitpflege	
Stationäre Kurzzeitpflege	⊘

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Übergangspflege	
Übergangspflege	⊘
Transporte	
Ambulant	
Bei Notfällen oder Erstversorgung nach Unfall	
Transportkosten bei Notfällen oder Erstversorgung nach Unfall	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Angabe ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 30km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder dem Krankenhaus zudem die Rettungsleitstelle anweist ✓ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung im Inland	✓
Keine prozentuale Limitierung im Ausland	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung)	
Transportkosten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Keine Angabe ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	⊘
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei (schweren) Krankheiten aufgrund derer Fahrtauglichkeit besteht	
Transportkosten bei (schweren) Krankheiten aufgrund derer Fahrtauglichkeit besteht	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Keine Angabe ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	⊘

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei Gehunfähigkeit	
Transportkosten bei Gehunfähigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Bei Zahnbehandlung
Keine Vorgabe der Bezugsquelle	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<input checked="" type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 30km zu jedem Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	⊘
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei Sehunfähigkeit	
Transportkosten bei Sehunfähigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Bei Zahnbehandlung
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<input checked="" type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	⊘
Auch der Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei Dialyse	
Transportkosten bei Dialyse	✓
Keine Vorgabe der Bezugsquelle	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 30km zu jedem Behandler <input checked="" type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler <input type="checkbox"/> Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Prozentuale Limitierung entfällt bei Kooperationspartner des Versicherers oder keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei Strahlentherapie / Chemotherapie	
Transportkosten bei Strahlentherapie / Chemotherapie	✓
Keine Vorgabe der Bezugsquelle	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Angabe ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 30km zu jedem Behandler ✓ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Prozentuale Limitierung entfällt bei Kooperationspartner des Versicherers oder keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei ambulanten Operationen	
Transportkosten bei ambulanten Operationen	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Angabe ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 30km zu jedem Behandler ✓ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Hinweg des Transportes ist versichert	✓
Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Bei nachoperativen Behandlungen	
Transportkosten bei nachoperativen Behandlungen	✓
Keine Vorgabe der Bezugsquelle	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Angabe ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ✓ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
-----------	--------------------------

Zur ambulanten Behandlung bei Schwerbehinderung mit Zusatz aG / BI / H oder Pflegegrad 3,4 oder 5	
Transportkosten zur ambulanten Behandlung bei Schwerbehinderung aG / BI / H oder Pflegegrad 3,4 oder 5	⊘
Keine Vorgabe der Bezugsquelle	⊘
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	⊘
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Angabe ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	⊘
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	⊘
Keine prozentuale Limitierung	⊘
Keine preisliche Limitierung	⊘
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	⊘
Zur Reha-Einrichtung / AHB	
Transportkosten zur Reha-Einrichtung / AHB	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Ambulant + stationär ✓ Ambulant
Keine Vorgabe der Bezugsquelle	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Angabe ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ✓ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Stationär	
Transportkosten bei stationärer Behandlung	✓
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	✓
Transport bis	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Angabe ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 100km zu jedem Behandler ⊘ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder innerhalb 50km zu jedem Behandler ✓ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler oder dem Krankenhaus zudem die Rettungsleitstelle anweist / und aufnahmebreiten ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" geeigneten Behandler ○ Bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler
Keine Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit	✓
Keine Einschränkung des versicherten Transportmittels	✓
Keine prozentuale Limitierung	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Auch Rückweg des Transportes ist versichert	✓
Wunschverlegung	
Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschland auch bei nicht medizinischer Notwendigkeit (Voraussetzungen beachten)	⊘

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Entfernung	<input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Mindestens 50 km entfernt
Keine Einschränkung auf das kostengünstigste Transportmittel	<input checked="" type="checkbox"/>
Bergung	
Bergungskosten	<input checked="" type="checkbox"/>
Preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/> 12.000 € <input type="checkbox"/> 10.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 2.500 €
Zahnleistungen	
Prozentuale Erstattung	
Bei Zahnbehandlung bis zu	<input checked="" type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 85% <input type="checkbox"/> 80%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 75%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 65%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 65% <input type="checkbox"/> 60%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 50%, unter bestimmten Voraussetzungen höher
Bei Zahnersatz bis zu	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 90%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input checked="" type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 85% <input type="checkbox"/> 80%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 75%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 65%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 65% <input type="checkbox"/> 60%, unter bestimmten Voraussetzungen höher <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 50%, unter bestimmten Voraussetzungen höher
Zahnstaffel	
Summenbegrenzung zu Vertragsbeginn für alle Zahnleistungen (Zahnstaffel)	<input type="checkbox"/> Unbegrenzt <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 16.001€ oder mehr <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 14.001€ bis 16.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 10.001€ bis 14.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 8.001€ bis 10.000€ zur Verfügung <input checked="" type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 6.001€ bis 8.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 4.001€ bis 6.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 2.001€ bis 4.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt bis zu 2.000€ zur Verfügung
Zeitraum	<input type="checkbox"/> Keine Summenbegrenzung <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 1 Jahr <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 2 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 3 Jahre <input checked="" type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 4 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 5 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 6 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 7 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 8 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 9 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 10 Jahre <input type="checkbox"/> Summenbegrenzung für 14 Jahre

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
-----------	--------------------------

Summenbegrenzung für die gesamte Vertragslaufzeit	
Zur Verfügung stehende Summe	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Unbegrenzt <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 14.001€ oder mehr zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 10.001€ bis 14.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt 8.001€ bis 10.000€ zur Verfügung <input type="checkbox"/> Es stehen insgesamt bis 8.000€ zur Verfügung
Zeitliche Summenbegrenzungen	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Summe steht jährlich zur Verfügung <input type="checkbox"/> Summe steht für insgesamt 2 Jahre zur Verfügung <input type="checkbox"/> Summe steht für insgesamt 3 Jahre zur Verfügung
Keine Zahnstaffel und/oder Summenbegrenzung	
Bei Unfall	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei Zahnbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Heil- und Kostenplan	
Ein Heil- und Kostenplan muss eingereicht werden ab	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kein Heil- und Kostenplan erforderlich <input type="checkbox"/> 10.000€ <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 4.000€ <input type="checkbox"/> 3.500€ <input checked="" type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 2.600€ <input type="checkbox"/> 2.500€ <input type="checkbox"/> 2.000€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 1.040€ <input type="checkbox"/> 1.000€ <input type="checkbox"/> Grundsätzlich
Bei Implantaten gilt keine abweichende Grenze, ab der ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden muss	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei Kieferorthopädie gilt keine abweichende Grenze, ab der ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden muss	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Erstattungskürzung bei Nicht-Vorlage eines Heil- und Kostenplans	<input type="checkbox"/> Keine <input checked="" type="checkbox"/> Um 20% der Tarifleistung für den 3.000 € übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 20% der Tarifleistung <input type="checkbox"/> Um 25% der Tarifleistung <input type="checkbox"/> Um 30% der Tarifleistung <input type="checkbox"/> Um 35% der Tarifleistung <input type="checkbox"/> Um 40% der Tarifleistung <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 5.000€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 4.000€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 3.500€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 3.000€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 2.600€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 2.500€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 2.000€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 1.500€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung für den 1.000€ übersteigenden Teil <input type="checkbox"/> Um 50% der Tarifleistung <input type="checkbox"/> Um bis zu 60% der Tarifleistung <input type="checkbox"/> Um 100% (Keine Leistung)
Inlays	
Definition des Erstattungsumfangs von Inlays	<input checked="" type="checkbox"/> Als Zahnbehandlung <input type="checkbox"/> Als Zahnersatz
Keine jährliche Begrenzung der versicherten Anzahl	<input checked="" type="checkbox"/>
Implantate	
Implantologische Leistungen	<input checked="" type="checkbox"/> Grundsätzlich <input type="checkbox"/> Nur wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht
Anzahl der versicherten Implantate pro Kiefer	<input checked="" type="checkbox"/> Ohne Begrenzung <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6 im Oberkiefer, 4 im Unterkiefer <input type="checkbox"/> 4
Keine Anrechnung bereits vorhandener Implantate auf die maximale Anzahl	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (pro Implantat)	<input checked="" type="checkbox"/>
Kieferorthopädie	
Kieferorthopädische Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> Grundsätzlich <input type="checkbox"/> Bei Indikationen, die Leistungspflicht der GKV nach sich ziehen
Altersgrenze für die Leistungserstattung	<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, sowie einmalig danach bei medizinischer Notwendigkeit mit 50% Erstattung bis maximal 3.000 € <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
Erstattung auch über Altersgrenze hinaus, wenn Behandlung zuvor begonnen wurde	<input checked="" type="checkbox"/>
Entfall der Altersgrenze bei Unfall	<input checked="" type="checkbox"/> Volle tarifliche Erstattung bei Unfall nach Überschreitung der Altersgrenze <input type="checkbox"/> Prozentuale tarifliche Erstattung bei Unfall nach Überschreitung der Altersgrenze
Entfall der Altersgrenze bei definierten Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> In Abhängigkeit der Altersgrenze <input checked="" type="checkbox"/> Grundsätzlich
Erhöhung der prozentualen Erstattung bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung oder keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Preisliche Einschränkungen für Material- und Laborkosten	
Kein Preis- / Leistungsverzeichnis und keine Einschränkung auf übliche Kosten oder angemessene / mittlere Preislage	<input checked="" type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	
Keine Limitierung in der Häufigkeit der Erstattung	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Keine prozentuale Limitierung (bzw analog Zahnbehandlung)	✓
Keine preisliche Limitierung	✓
Zahnaufhellung (Bleaching)	
Summenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine ⊘ 300 € ⊘ 150 €
Zeitraum für Summenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ 2 Jahre ⊘ 3 Jahre
Alternative schmerzlindernde Methoden	
Summenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine ⊘ 300 € ⊘ 150 €
Zeitraum für Summenbegrenzung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Summenbegrenzung ⊘ 2 Jahre ⊘ 3 Jahre
Vorsorge	
Für Vorsorge entfällt Summenbegrenzung	⊘
Prävention	
Schutzimpfungen	
Versicherungsumfang für Schutzimpfungen	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Generell ⊘ Ärztlich angeratene Schutzimpfungen ⊘ Schutzimpfungen gemäß STIKO-Empfehlung plus Indikationsimpfungen auch ohne Indikation ✓ Schutzimpfungen gemäß STIKO-Empfehlung plus Aufzählung ○ Schutzimpfungen gemäß STIKO-Empfehlung ○ Schutzimpfungen gemäß abgeschlossener Aufzählung
Keine preisliche Limitierung	✓
Schutzimpfungen für berufliche Zwecke	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Generell ○ Ärztlich angeratene Schutzimpfungen ○ Schutzimpfungen gemäß STIKO-Empfehlung ○ Schutzimpfungen gemäß abgeschlossener Aufzählung ○ Sofern kein Anspruch gegen Arbeitgeber oder sonstige Kostenträger besteht
Keine preisliche Limitierung	✓
Schutzimpfungen für Auslandsreisen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Generell ○ Ärztlich angeratene Schutzimpfungen ○ Schutzimpfungen gemäß STIKO-Empfehlung ○ Schutzimpfungen gemäß abgeschlossener Aufzählung
Keine preisliche Limitierung	✓
Malariaphylaxe ist versichert	✓
Vorsorgeuntersuchungen	
Vorsorgeuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zur Früherkennung von Krankheiten ○ Auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus (gemäß zusätzlicher Aufzählung) ○ Innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, ohne Einhaltung von Altersgrenzen ○ Innerhalb gesetzlich eingeführter Programme ○ Ausschließlich gemäß abgeschlossener Aufzählung
Entfall der Limitierung auf gesetzlich eingeführte Programme bei Auslandsaufenthalt	✓
Keine preisliche Limitierung (jährlicher Höchstbetrag)	✓
Vorsorgepauschale zusätzlich zu den gesetzlich eingeführten Programmen	⊘
Präventionskurse	
Präventionskurse (Ernährung, Bewegung o. ä.)	✓
Keine preisliche Limitierung (jährlicher Höchstbetrag)	⊘
Keine Limitierung bei der Anzahl der versicherten Kurse	✓
Schulung für chronisch Kranke (z.B. Asthma, Diabetes mellitus, Neurodermitis)	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke (Voraussetzungen beachten)	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Aufzählung der Erkrankungen <input type="checkbox"/> Ausschließlich bei Diabetes
Keine preisliche Limitierung	<input type="checkbox"/> Keine preisliche Limitierung bzw. gemäß GOÄ <input checked="" type="checkbox"/> Bis 500€ ohne schriftliche Zusage <input type="checkbox"/> Bis 150€
Keine zeitliche Limitierung	<input type="checkbox"/> Keine zeitliche Limitierung <input type="checkbox"/> Innerhalb von 1 Kalenderjahr <input checked="" type="checkbox"/> Innerhalb von 3 Kalenderjahren
Familienversorgung	
Kinderwunschbehandlung	
Kein Ausschluss der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung)	<input checked="" type="checkbox"/>
Kryokonservierung	
Kryokonservierung von Ei- und Spermazellen ist versichert (Voraussetzungen beachten)	<input type="checkbox"/>
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input type="checkbox"/>
Voraussetzungen	
Versichertes Höchstalter der Frau	<input type="checkbox"/> Keine Altersbegrenzung <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 43. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 41. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres
Versichertes Höchstalter des Mannes	<input type="checkbox"/> Keine Altersbegrenzung <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 51. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	
Pränataldiagnostik	<input checked="" type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> bei Vorliegen von Risikofaktoren
Keine preisliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Schwangerschaftsgymnastik	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, preisliche Begrenzung)	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Geburtsvorbereitungskurs	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, preisliche Begrenzung)	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Rückbildungs- / Wochenbettgymnastik	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung (z.B. Preisverzeichnisse, preisliche Begrenzung)	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine prozentuale Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Familienzimmer bei Entbindung	
Familienzimmer bei Entbindung	<input type="checkbox"/>
Wahl besonderer Versorgungseinrichtungen	
Entbindungsheim / Geburtshaus	<input checked="" type="checkbox"/>
Sozialpädiatrischen Zentren	
Sozialpädiatrische Zentren	<input checked="" type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung der sozialpädiatrischen Behandlung	<input type="checkbox"/>
Entbindungspauschale	
Entbindungspauschale wird zusätzlich zur Erstattung von Aufwendungen geleistet	<input type="checkbox"/>
Höhe der zusätzlich erstatteten Pauschale	<input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 1.000€ <input type="checkbox"/> 600€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 400€ <input type="checkbox"/> 300€
Statt Kostenerstattung kann eine Entbindungspauschale gewählt werden	<input type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Höhe der Pauschale anstelle der Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> 2.000€ <input type="checkbox"/> 1.230€ <input type="checkbox"/> 1.030€ <input type="checkbox"/> 1.000€ <input type="checkbox"/> 600€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 103€ <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> in nicht definierter Höhe
Die Erstattung der Pauschale erfolgt bei	<input type="checkbox"/> ambulanter und stationärer Entbindung <input type="checkbox"/> Nur bei Hausentbindung
Schwangerschaftsabbruch	
Schwangerschaftsabbruch	<input checked="" type="checkbox"/> Wenn nicht rechtswidrig <input type="checkbox"/> Bei medizinischer Indikation
Die Behandlung ist nicht auf Deutschland begrenzt	<input checked="" type="checkbox"/>
Sterilisation	
Sterilisation	<input type="checkbox"/> Generell <input type="checkbox"/> Bei medizinischer Indikation
Kindernachversicherung	
Rahmenbedingungen Nachversicherung	
Neugeborene mit angeborenen Anomalien / Gebrechen und vererbten Krankheiten (wie geboren)	<input checked="" type="checkbox"/>
Entfall der dreimonatigen Vorversicherungszeit eines Elternteils	
Generell	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei Übertritt aus PKV oder GKV, die mindestens 3 Monate bestand oder genereller Verzicht	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn bei Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war oder genereller Verzicht	<input checked="" type="checkbox"/>
Adoption	
Adoption eines Minderjährigen Kindes	<input type="checkbox"/> Verzicht auf Erhebung eines Risikozuschlages <input checked="" type="checkbox"/> Risikozuschlag von bis zu 100% des Monatsbeitrages
Versicherungsschutz des Neugeborenen	
Wahl des Selbstbehalts	<input type="checkbox"/> Selbstbehalt darf frei gewählt werden <input checked="" type="checkbox"/> Ambulanter Selbstbehalt darf frei gewählt werden
Es darf der höherwertigere Versicherungsschutz gewählt werden (bitte Voraussetzungen beachten)	<input type="checkbox"/>
Unterbringungskosten des gesunden Säuglings	
Kostensersatz für stationäre Unterbringung des gesunden Säuglings bei Fortsetzung der stationären Heilbehandlung der Mutter nach Entbindung (bei rechtzeitiger Anmeldung zur Kindernachversicherung)	<input type="checkbox"/>
Haushaltshilfe (sofern keine Person im Haushalt lebt)	
Erstattung einer Haushaltshilfe erfolgt, wenn die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen	
Stationäre Krankenhausbehandlung	
Stationäre Krankenhausbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/>
Zeitliche Limitierung	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 42 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 30 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage; 182 Tage bei Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 14 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<input type="checkbox"/> Keine zeitliche Limitierung <input type="checkbox"/> Versicherungsfall <input checked="" type="checkbox"/> Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Keine Voraussetzung <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres des Kindes <input checked="" type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	<input checked="" type="checkbox"/>

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Ambulante Krankenhausbehandlung	
Ambulante Krankenhausbehandlung	✓
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine ⊘ Begrenzung auf 42 Tage ⊘ Begrenzung auf 30 Tage ⊘ Begrenzung auf 28 Tage; 182 Tage bei Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist ✓ Begrenzung auf 28 Tage ○ Begrenzung auf 14 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine zeitliche Limitierung ⊘ Versicherungsfall ✓ Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Voraussetzung ⊘ Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes ⊘ Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres des Kindes ✓ Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	✓
Anschluss an Krankenhausaufenthalt	
Anschluss an Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Stationär und ambulant ⊘ Ambulant
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine ⊘ Begrenzung auf 30 Tage; 180 Tage bei Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist ⊘ Begrenzung auf 28 Tage; 182 Tage bei Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist ⊘ Begrenzung auf 28 Tage; 182 Tage bei Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist ⊘ Begrenzung auf 28 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine zeitliche Limitierung ⊘ Versicherungsfall ⊘ Jahr
Kinderbetreuung nicht als Voraussetzung für Haushaltshilfe	⊘
AHB / Medizinische Reha	
AHB / Medizinische Reha	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Stationär und ambulant ⊘ Nur stationär
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine ⊘ Begrenzung auf 42 Tage ⊘ Begrenzung auf 30 Tage ⊘ Begrenzung auf 28 Tage ⊘ Begrenzung auf 14 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine zeitliche Limitierung ⊘ Versicherungsfall ⊘ Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine Voraussetzung ⊘ Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes ⊘ Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres des Kindes ⊘ Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	⊘
Anschluss an Rehabilitationsmaßnahme	
Anschluss an Rehabilitationsmaßnahme	⊘
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine ⊘ Begrenzung auf 28 Tage; 182 Tage bei Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist ⊘ Begrenzung auf 28 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> ⊘ Keine zeitliche Limitierung ⊘ Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes oder betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	⊘

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Schwangerschaft und Entbindung	
Schwangerschaft und Entbindung	✓
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 90 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 42 Tage <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 14 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine zeitliche Limitierung <input type="checkbox"/> Versicherungsfall <input checked="" type="checkbox"/> Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Voraussetzung <input checked="" type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	✓
Häusliche Krankenpflege	
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jede Art der häuslichen Krankenpflege <input checked="" type="checkbox"/> Nur bei Häuslicher Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Nur bei Krankenhausersatzpflege
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 42 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 30 Tage <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 14 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine zeitliche Limitierung <input type="checkbox"/> Versicherungsfall <input checked="" type="checkbox"/> Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	✓
Ambulante Operation	
Ambulante Operation	✓
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 42 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 30 Tage; 180 Tage bei Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage; 182 Tage bei Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine zeitliche Limitierung <input type="checkbox"/> Versicherungsfall <input checked="" type="checkbox"/> Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Voraussetzung <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes <input checked="" type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	✓
Schwere Erkrankung und/oder akute Verschlimmerung einer Krankheit	
Schwere Erkrankung und/oder akute Verschlimmerung einer Krankheit	✓
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 42 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 30 Tage; 180 Tage bei Kind im Haushalt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage; 182 Tage bei Kind, dass das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine zeitliche Limitierung <input type="checkbox"/> Versicherungsfall <input checked="" type="checkbox"/> Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Voraussetzung <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes <input checked="" type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	<input checked="" type="checkbox"/>
Kur- / Sanatoriumsbehandlung	
Kur- / Sanatoriumsbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stationär und ambulant <input checked="" type="checkbox"/> Nur stationär
Zeitliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 42 Tage <input type="checkbox"/> Begrenzung auf 30 Tage <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzung auf 28 Tage
Zeitliche Limitierung besteht pro	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine zeitliche Limitierung <input type="checkbox"/> Versicherungsfall <input checked="" type="checkbox"/> Jahr
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes <input checked="" type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes
Entfall der Altersgrenze für das zu betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	<input checked="" type="checkbox"/>
Tod des Versicherten	
Tod des Versicherten für 90 Tage pro Versicherungsfall	<input type="checkbox"/>
Kinderbetreuung als Voraussetzung für Haushaltshilfe bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes oder betreuende Kind, wenn dieses behindert und hilfebedürftig ist oder Kinderbetreuung ist keine Voraussetzung	<input type="checkbox"/>
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine vorherige Zustimmung des Versicherers (KANN-Regelung) notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>
Preisliche Limitierung	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 150 € pro Tag <input type="checkbox"/> 100 € pro Tag <input type="checkbox"/> 90 € pro Tag <input type="checkbox"/> 80 € pro Tag <input checked="" type="checkbox"/> 75 € pro Tag <input type="checkbox"/> 50 € pro Tag <input type="checkbox"/> 20 € pro Tag
Keine Einschränkung auf eigene Kinder	<input checked="" type="checkbox"/>
Haushaltshilfe durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum zweiten Grad ist möglich	<input type="checkbox"/>
Kinderbetreuungspauschale	
Wenn es erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt	<input checked="" type="checkbox"/>
Beitragsfreiheit bei Elternzeit	
Beitragsfreiheit für die ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld	<input type="checkbox"/>
Beitragsfreiheit besteht auch dann, wenn kein Anspruch auf Elterngeld besteht und	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Arbeitszeit reduziert wurde <input type="checkbox"/> Keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird
Beitragsfreiheit für das mitversicherte Kind (Voraussetzungen beachten)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Ab dem Monat, in dem das Kind geboren wurde plus die darauffolgenden 6 Monate <input type="checkbox"/> Ab dem ersten des auf die Geburt folgenden Monats für sechs Monate/für den Geburtsmonat des Kindes sowie die darauffolgenden fünf Monate
Es muss keine Vorversicherungszeit eingehalten werden	<input type="checkbox"/>
Beitragsfreiheit auch, wenn bei Antragstellung Schwangerschaft bereits festgestellt wurde oder Entbindung bereits stattgefunden hat	<input type="checkbox"/>
Beitragsfreiheit auch für das nachversicherte Kind	<input type="checkbox"/>
Beitragsreduzierung	
Während der ersten 2 Monate des Bezuges von Elterngeld reduziert sich der monatliche Beitrag um 50% (oder Beitragsbefreiung)	<input type="checkbox"/>
Mitnahme einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Gesondert berechenbare Kosten einer Begleitperson im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Begleitperson ist nicht auf ein Elternteil des Kindes beschränkt	<input type="checkbox"/>
Verpflegungskosten der Begleitperson	<input type="checkbox"/>
Altersgrenze der zu begleitenden Person	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Erstattung bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres
Folgende Leistungskriterien sind erfüllt	
Keine prozentuale Limitierung	<input type="checkbox"/>
Keine preisliche Limitierung	<input type="checkbox"/>
Keine zeitliche Limitierung	<input type="checkbox"/>
Nachhilfe bei Schulunfähigkeit	
Nachhilfe bei Schulunfähigkeit	<input type="checkbox"/>
Wechseloptionen	
Verpflichtung des Versicherers zur Vertragsumstellung innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung	
Umstellung innerhalb des selben Tarifs in eine niedrigere Selbstbeteiligungsvariante	
Termin zur Umstellung	<input checked="" type="checkbox"/> Monatlich (zum 1. des nächsten Monats) <input type="checkbox"/> Jährlich (zum 1. Januar oder zu Beginn des Versicherungsjahres) <input type="checkbox"/> Bei Beitragsanpassung nach jeweils 24 Monaten <input type="checkbox"/> Regelmäßig, alle 3 Jahre <input type="checkbox"/> Regelmäßig, alle 5 Jahre <input type="checkbox"/> Regelmäßig, alle 10 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Wechseltermine <input type="checkbox"/> 2 Wechseltermine <input type="checkbox"/> 1 Wechseltermin
Wechsel möglich ab (Vorversicherungszeit)	<input checked="" type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> 2. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 3. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 4. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 5. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 6. Kalenderjahr / Versicherungsjahr
Altersgrenze	<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Vollendung des 51. Lebensjahres
Umstellung in andere Tarife mit höherwertigeren Leistungen	
Garantie zur Umstellung in folgende Tarife	<input checked="" type="checkbox"/> Wechsel in alle verkaufsoffenen Tarife möglich <input type="checkbox"/> Wechsel innerhalb eines Tarifsystems / in Tarife, die in den AVB genannt sind
Anzahl der Termine zur Umstellung	<input type="checkbox"/> Regelmäßig, alle 5 Jahre <input type="checkbox"/> Mehr als 5 Termine <input checked="" type="checkbox"/> 5 Termine <input type="checkbox"/> 4 Termine <input type="checkbox"/> 3 Termine <input type="checkbox"/> 2 Termine <input type="checkbox"/> 1 Termin
Wechsel möglich ab (Vorversicherungszeit)	<input checked="" type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> 2. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 3. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 4. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 5. Kalenderjahr / Versicherungsjahr <input type="checkbox"/> 6. Kalenderjahr / Versicherungsjahr
Wechsel auch im Leistungsfall jederzeit möglich (zum Monatsersten)	<input checked="" type="checkbox"/>
Das Wechselrecht kann außerdem bei folgenden Ereignissen ausgeübt werden	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation der versicherten Person (z.B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung), ggf. einmalig	<input type="checkbox"/>
Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation eines Kindes (z.B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung), ggf. einmalig	<input checked="" type="checkbox"/>
Eheschließung der versicherten Person, ggf. einmalig	<input checked="" type="checkbox"/>
Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person	<input type="checkbox"/>
Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person	<input checked="" type="checkbox"/>
Arbeitgeberwechsel	<input type="checkbox"/>
Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit	<input checked="" type="checkbox"/>
Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbständigkeit in ein Beamtenverhältnis	<input checked="" type="checkbox"/>
Entsendung der versicherten Person ins Ausland	<input checked="" type="checkbox"/>
Ablauf der Probezeit eines neuen hauptberuflichen Arbeitsverhältnisses	<input type="checkbox"/>
3 Jahre nach Beginn einer selbständigen Tätigkeit	<input type="checkbox"/>
Erlangung des Facharztstitels	<input checked="" type="checkbox"/>
Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt	<input type="checkbox"/>
Niederlassung	<input type="checkbox"/>
Wechselrecht bei BU, Renteneintritt oder Vollendung des 65. Lebensjahres	<input type="checkbox"/>
Wenn wegen Bezug von Elterngeld in eine niedrigere Leistungsstufe gewechselt wurde besteht ein Rückwechselrecht	<input checked="" type="checkbox"/>
Dynamisierung KT um 10%	<input type="checkbox"/>
Ereignisbezogenes Wechselrecht ohne zeitliche Limitierung	<input checked="" type="checkbox"/>
Maximaler Zeitraum für eine mögliche Umstellung (je nach Eintrittsalter, bei leistungsstärkstem Tarif mit Rückwechsel)	<input type="checkbox"/> Unbegrenzt <input type="checkbox"/> 45 Jahre <input type="checkbox"/> 30 Jahre bei Hin- und Rückwechsel, 15 Jahre für einfachen Wechsel <input checked="" type="checkbox"/> 20 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre <input type="checkbox"/> 8 Jahre <input type="checkbox"/> 7 Jahre <input type="checkbox"/> 6 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 4 Jahre <input type="checkbox"/> 3 1/2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> Fester Termin
Umstellung ohne Erhebung eines Risikozuschlages	<input checked="" type="checkbox"/>
Altersgrenze für die (letztmalige) Tarifumstellung	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 60 Jahre und älter <input checked="" type="checkbox"/> Zwischen 50 und 59 Jahren <input type="checkbox"/> Zwischen 40 und 49 Jahren <input type="checkbox"/> Zwischen 35 und 39 Jahren
Verpflichtung des Versicherers zur Vertragsumstellung in Zusatztarife bei GKV-Pflicht	
Umstellung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeiten	<input checked="" type="checkbox"/>
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht seitens des Versicherers	
Im Tarif verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei der Krankheitskostenteilversicherung	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstiges	
Assistanceleistungen in Deutschland	
Assistanceleistungen in Deutschland (gemäß Aufzählung AVB)	<input type="checkbox"/>
Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit	<input type="checkbox"/> Garantierte Beitragsrückerstattung <input checked="" type="checkbox"/> Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten wird gezahlt (Voraussetzungen beachten)	<input type="checkbox"/>
Anrechnung auf den Selbstbehalt	

Kriterien	SDK - AM10 U, S3 U, Z9 U
Vorsorgeleistungen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Präventionskurse) werden nicht angerechnet	<ul style="list-style-type: none"> ✔ Generell ○ Bis 1.000€ pro Kalenderjahr ○ Bis 600€ pro Kalenderjahr ○ Bis 500€ pro Kalenderjahr
Folgende Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet	
Pauschalen (z.B. für Gesundheitsleistungen, Entbindung, Betreuung bei Erkrankung eines Kindes)	✔
Leistungen für Heil- und Hilfsmittel	✔
Stationäre Heilbehandlung	✔
Leistungen während der Beitragsbefreiung (z.B. bei Elternzeit, bei Bezug von Elterngeld, Kindernachversicherung, andauerndem Krankenhausaufenthalt)	✔
Leistungen des Rücktransportes, der Überführung aus dem Ausland sowie der Bestattung im Ausland	✔
Leistungen wegen Ambulanten Operationen	✔
Zahnärztliche und/oder prophylaktische und/oder kieferorthopädische Behandlungen	✔
Tagegelder (z.B. bei Kur, Verzicht auf Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer)	✔

Legende

✔	Die Formulierungen in den Versicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungsbedingungen oder MB/KK, Tarifbedingungen, Tarif) erfüllen das ausgewählte Kriterium . Bitte beachten Sie, dass die tatsächliche Formulierung nicht exakt dem Wortlaut der genannten Formulierung entsprechen muss, sondern auch von dieser abweichen kann, solange die inhaltliche Bedeutung identisch ist.
⊘	Die Formulierungen in den Versicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungsbedingungen oder MB/KK, Tarifbedingungen, Tarif) erfüllen das ausgewählte Kriterium nicht .
z.B.: Über Höchstsätze hinaus	Der Tarif erfüllt die genannte Formulierung in den Versicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungsbedingungen oder MB/KK, Tarifbedingungen, Tarif). Bitte beachten Sie, dass die tatsächliche Formulierung nicht exakt dem Wortlaut der genannten Formulierung entsprechen muss, sondern auch von dieser abweichen kann, solange die inhaltliche Bedeutung identisch ist.
z.B.: (2/4)	Die Zahlen in den Klammern geben die Rangfolge des ausgewählten Kriteriums und die Anzahl der am Markt vorhandenen AVB-Ausprägungen an. In dem Beispiel (2/4) gibt es vier mögliche Ausprägungen am Markt (2/4). Die in den (Allgemeine Versicherungsbedingungen oder MB/KK, Tarifbedingungen, Tarif) des Anbieters verwendete Formulierung ist die zweitbeste (2/4) Ausprägung der vier möglichen Ausprägungen.
⊘ (-/4)	Die Zahlen in den Klammern geben die Rangfolge des ausgewählten Kriteriums und die Anzahl der am Markt vorhandenen AVB-Ausprägungen an. In dem Beispiel gibt es vier mögliche Ausprägungen am Markt (-/4). Der Tarif erfüllt keine der Ausprägungen (-/4).

Individuell ausgewählte Tarife

- SDK, Tarif: AM10 U, S3 U, Z9 U

In der Software auswählbare Tarife

Allianz - Ärzte Best 100 U - Ärzte Plus 100 U | Alte Oldenburger - A90, K20, K/S, Z U | ARAG - 210, 220, 529 U - K U | AXA - EL Bonus-U, Prem Zahn-U - VA2-U, KGH2-U, Prem Zahn-U - VA6-U, Prem Zahn-U - VZ600-U, Prem Zahn-U | Barmenia - einsA expert U - einsA expert U (PCD-Vereinbarung) - einsA expert+ U - einsA expert+ U (PCD-Vereinbarung) - einsA prima U - einsA prima+ U - einsA primex U - VHV1+ U - VHV1+ U (PCD-Vereinbarung) - VZK1+, VZD1+ U - VZK1+, VZD1+ U (PCD-Vereinbarung) | BBKK - CompactPRIVAT - Start U, VitalPLUS | Concordia - AV, SV1,ZV1,VV Plus U | Continentale - BUSINESS U - COMFORT U, SP1 - COMFORT MED U, SP1 - ECONOMY U, SP1 | Debeka - N U, NC U - Nmed U - NW U, NC U | Deutscher Ring - Comfort + U - Esprit U - Esprit M U | DEVK - AM-V0,ST-V3,ST-V2,ZE-V U | DKV - BestMed Eco BME U, BMZ2 - BestMed Komfort BMK U, BMZ1 | Gothaer - MAX1 U - MediComfort U - MediStart1 BO U, MediMPlus - MediVita250, MediVitaZ90 U, MediClinic Premium, MediMPlus | HALLESCHER - KS U - MAS. U - NK. U - PRIMO.Bonus Z plus U | HanseMercur - AZP U, EGO2 U,PS3 U, PSV U - KVS1 U, EKV2 U, PSV U - KVT U, PSV U | HUK - E U - Komfort U - SelectPro U | Inter - JA U, JE U - JAK U - QualiMed Basis U - QualiMed Exklusiv U - QualiMed Premium U - ZAK U - ZAK V U, ZAZ U | LKH - A100 U, S200 U, Z90 U | LVM - A0 U, S1 U, Z100/80 U | Mecklenburgische - proME 1-A U - proME aktiv U - proME aktivplus U | Münchener Verein - EXCELLENT (728, 730, 767) U - Bonus Care Advance+ (861) U - Bonus Care Alpha (865) U - Bonus Care Classic (859) U - ROYAL (891) U | NÜRNBERGER - HAT6 U, S1 U - TOP+ U, S1 U, ZZ20 U | Ottonova - BC100 U - FC100 U | VRK (ehm. PAX Familienfürsorge) - ECO U - Premium U - Select U | Provinzial - VKAu U, KHPnu U, KHUnu U | R+V - AGIL classic pro U (CPU) - AGIL comfort U (MPU) - AGIL premium U (TNU) | SDK - AM10 U, S1 U, Z9 U - AM10 U, S1 U, Z6 U - AM10 U, S1 U, Z8 U - AM10 U, S3 U, Z6 U - AM10 U, S3 U, Z8 U - AM10 U, S3 U, Z9 U - AM30 U, S1 U, Z6 U - AM30 U, S1 U, Z8 U - AM30 U, S1 U, Z9 U - AM30 U, S3 U, Z6 U - AM30 U, S3 U, Z8 U - AM30 U, S3 U, Z9 U | UKV - CompactPRIVAT - Start U, VitalPLUS | uniVersa - uni-A100 U, uni-ST1/100 U, uni-ZA100 U - uni-AM 155 U, uni-STM U, uni-ZAM U - uni-IntroPrivat 600 U - uni-IntroPrivat-Spezial U - uni-VE 1300H U - uni-VE 900 K U | PKV-Verband - Basistarif für PKV | Deutscher Ring - Prime U | Inter - JABest U - ZABest U | AXA - ActiveMe-U, Prem Zahn-U | ARAG - MedExtra U - MedBest U | BBKK - GesundheitVARIO U, VARIO AmbulantPlus, VARIO KlinikPlus, VARIO ZahnPlus | UKV - GesundheitVARIO U, VARIO AmbulantPlus, VARIO KlinikPlus, VARIO ZahnPlus | BBKK - GesundheitVARIO U | UKV - GesundheitVARIO U | Continentale - PREMIUM U, SP1 | Generali - GesundSmart U - GesundProMed U - GesundPro U | Württembergische - A1, S1, Z1 - A2, S2, Z2 - A1H, S1, Z1 - A2H, S2, Z2 - A2, S3, Z3 | Continentale - PREMIUM-MED U, SP1 | HALLESCHER - NK.select XL U | DKV - PremiumMed U - Premium Med für Ärzte U | Gothaer - MediCompact Premium U | HALLESCHER - NK.select L U - NK.select S U | uniVersa - uni-IntroPrivat 300, uni-ZF, uni-ZZ, uni-SZ II plus | NÜRNBERGER - MAX6+ U | Allianz - GSB100, GSZ100, GSWO U | uniVersa - uni-TopPrivat U | Allianz - GSB100, GSZ90, GSWO U - GSB100, GSZ75, GSWO U - GSP100, GSZ100, GSWO U - GSP100, GSZ90, GSWO U - GSP100, GSZ75, GSWO U | Ottonova - FC Pro+ U | HanseMercur - KVP, EKV2, PSV U | Continentale Flugsicherung - VKS Perfekt | LKH - GesundheitsUpgrade Premium (GUP) 0 | AXA - GesundExtra 1-U, Prem Zahn-U | LKH - GesundheitsUpgrade Premium (GUP) 0 (Klarstellung: Dauerhafte Verlegung) | SIGNAL IDUNA - EXKLUSIV-SI U | LKH - GesundheitsUpgrade Komfort (GUK) 0 U

Schlusserklärung des Kunden

Eine Kopie dieses Protokolls habe ich erhalten. Mir wurde erklärt, dass für die Leistungsverpflichtung des Versicherers die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und ggf. die Tarifbedingungen / Besonderen Bedingungen maßgebend sind. Diese wurden erläutert.

Exemplare der Original-Vertragsbedingungen des/der Versicherer(s), Druckstücknummern:

.....
.....

wurden mir ausgehändigt und zur eingehenden Lektüre empfohlen.

..... Ort / Datum Unterschrift Kunde Unterschrift Berater
----------------------	-----------------------------	-------------------------------