

Ambulant

Ärztliche Behandlungen	Wird für ambulante ärztliche Behandlungen geleistet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für ambulante ärztlichen Heilbehandlungen. Es gilt das Primärarztprinzip. Als Primärarzt kann nur der Hausarzt, ein Facharzt für Frauenheilkunde, für Augen- oder für Kinderheilkunde, ein Notarzt oder Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen werden. Erfolgt die Erstbehandlung nicht durch einen der vorgenannten Heilbehandler, werden die Aufwendungen nur zu 80% erstattet.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
Arznei- und Verbandmittel	Werden Arznei- und Verbandmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arzneimittel. Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Keine Leistungen erfolgen für Nahrungsmittel und Zusätze, es sei denn, daß diese zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arzneimittel. Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Keine Leistungen erfolgen für Nahrungsmittel und Zusätze, es sei denn, daß diese zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arzneimittel. Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Keine Leistungen erfolgen für Nahrungsmittel und Zusätze, es sei denn, dass diese zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.
Ambulante Kuren	Werden ambulante Kurleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Nein, keine Leistungen.
Beitragsrückerstattung	Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15 % des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20 % für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Jahre, 25 % für drei aufeinander folgende leistungsfreie Jahre und 30 % für vier oder mehr aufeinander folgende leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15 % des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20 % für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Jahre, 25 % für drei aufeinander folgende leistungsfreie Jahre und 30 % für vier oder mehr aufeinander folgende leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.

Beitragsrückerstattung	Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15 % des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20 % für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Jahre, 25 % für drei aufeinander folgende leistungsfreie Jahre und 30 % für vier oder mehr aufeinander folgende leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.
Besonderheiten	Gibt es Besonderheiten?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Aufwendungen für ambulante Entbindung und Hausentbindung, einschl. Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik. Erstattung von künstlicher Befruchtung nur, wenn vor Behandlungsbeginn ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt und genehmigt wurde. Maximal 4 Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren (z.B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion). Einmalige Pflegepauschale von 3.000 Euro wenn Pflegebedürftigkeit mind. nach Stufe II nachgewiesen wird. Erstattung der amb. Behandlung von Erkrankungen (auch chronischer) und der von Unfällen im Ausland (auch wenn diese bereits zu Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen), Aufwendungen für Rücktransporte (einschl. durch Ambulanzflugzeuge) aus dem Ausland ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären, sowie sämtlicher Aufwendungen für die Überführung bei Tod im Ausland. Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Aufwendungen für ambulante Entbindung und Hausentbindung, einschl. Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik. Erstattung für reproduktionsmedizinische Verfahren werden nicht erstattet. Einmalige Pflegepauschale von 3.500 Euro wenn Pflegebedürftigkeit mind. nach Stufe II nachgewiesen wird. Erstattung der amb. Behandlung von Erkrankungen (auch chronischer) und der von Unfällen im Ausland (auch wenn diese bereits zu Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen), Aufwendungen für Rücktransporte (einschl. durch Ambulanzflugzeuge) aus dem Ausland ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären, sowie sämtlicher Aufwendungen für die Überführung bei Tod im Ausland. Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Aufwendungen für ambulante Entbindung und Hausentbindung, einschl. Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik. Erstattung für reproduktionsmedizinische Verfahren werden nicht erstattet. Einmalige Pflegepauschale von 3.500 Euro wenn Pflegebedürftigkeit mind. nach Stufe II nachgewiesen wird. Erstattung der amb. Behandlung von Erkrankungen (auch chronischer) und der von Unfällen im Ausland (auch wenn diese bereits zu Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen), Aufwendungen für Rücktransporte (einschl. durch Ambulanzflugzeuge) aus dem Ausland ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären, sowie sämtlicher Aufwendungen für die Überführung bei Tod im Ausland. Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.
Gebührenordnung	Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Nein, Erstattung bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ.

Gebührenordnung		Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?
Produktempfehlung 3: Allianz		
AktiMed Start 70	Nein, Erstattung bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ.	
Heilmittel		Werden Heilmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz		
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Heilmittel, soweit im tariflichen Heilmittelverzeichnis aufgeführt, sind bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.	
Produktempfehlung 2: Allianz		
AktiMed Start 90	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Heilmittel, soweit im tariflichen Heilmittelverzeichnis aufgeführt, sind bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.	
Produktempfehlung 3: Allianz		
AktiMed Start 70	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Heilmittel, soweit im tariflichen Heilmittelverzeichnis aufgeführt, sind bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.	
Heilpraktiker		Werden Heilpraktikerleistungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz		
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden 100% der Aufwendungen bis zum Höchstsatz des GebÜH. Einschließlich Arznei- und Verbandsmittel sind Aufwendungen bis zum Rechnungsbetrag von 1.000 Euro pro Versicherungsjahr erstattungsfähig.	
Produktempfehlung 2: Allianz		
AktiMed Start 90	Nein, keine Leistungen.	
Produktempfehlung 3: Allianz		
AktiMed Start 70	Nein, keine Leistungen.	
Hilfsmittel		Werden Hilfsmittel erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz		
AktiMed Plus 90 P	<p>Erstattet werden 80% der Aufwendungen für lebenserhaltende Hilfsmittel. Hierunter fallen Beatmungsgeräte, Absauggeräte, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore, Ernährungspumpen. Erstattet werden ebenfalls 80% der Aufwendungen für sonstige Hilfsmittel, wie Infusionspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hilfsmittel gegen Dekubitus, Geh- und Stützapparate, Prothesen, Körperersatzstücke, Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Krankenfahrstühle. 100% der Aufwendungen, wenn das genannte Hilfsmittel über den Versicherer bezogen bzw. von ihm beschafft wurde oder über ihn weder beschafft noch bezogen werden kann oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muß. 100% der Aufwendungen für orthopädische Schuhe, jedoch maximal 2.000 Euro pro Versicherungsjahr; Hörhilfen, jedoch maximal 1.500 Euro pro Hörhilfe. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte(apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpaßstücke(Otoplastik); Perücken bei krankhaftem Haarausfall, jedoch maximal 500 Euro pro Perücke. 80% der Aufwendungen für Bandagen, Blutdruckmeßgeräte, Blutzuckermeßgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapieschuhe und orthopädische Schuhzurichtungen. Der 20%ige Eigenanteil ist auf einen Höchstbetrag von 3.500 Euro pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt, 100% nach Erreichen des Höchstbetrags.</p>	

Hilfsmittel	Werden Hilfsmittel erstattet?
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für lebenserhaltende Hilfsmittel. Hierunter fallen Beatmungsgeräte, Absauggeräte, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore, Ernährungspumpen. Erstattet werden ebenfalls 80% der Aufwendungen für sonstige Hilfsmittel, wie Infusionspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hilfsmittel gegen Dekubitus, Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, Orthesen und Leibbinden), Inkontinenzartikel, Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel) und Krankenfahrstühle. 100% der Aufwendungen, wenn diese zuvor genannten Hilfsmittel über den Versicherer bezogen bzw. von ihm beschafft wurde oder über ihn weder beschafft noch bezogen werden kann oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss. 100% der Aufwendungen für orthopädische Schuhe, jedoch maximal 1.000 Euro pro Versicherungsjahr; Hörhilfen, jedoch maximal 1.000 Euro pro Hörhilfe. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpastsstücke (Otoplastik); Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), jedoch maximal 7.000 Euro pro Körperersatzstück; Perücken bei krankhaftem Haarausfall, jedoch maximal 400 Euro pro Perücke. 80% der Aufwendungen für Bandagen, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapieschuhe und orthopädische Schuhzurichtungen. Der 20%ige Eigenanteil ist auf einen Höchstbetrag von 3.500 Euro pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt, 100% nach Erreichen des Höchstbetrags.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für lebenserhaltende Hilfsmittel. Hierunter fallen Beatmungsgeräte, Absauggeräte, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore, Ernährungspumpen. Erstattet werden ebenfalls 80% der Aufwendungen für sonstige Hilfsmittel, wie Infusionspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hilfsmittel gegen Dekubitus, Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, Orthesen und Leibbinden), Inkontinenzartikel, Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel) und Krankenfahrstühle. 100% der Aufwendungen, wenn diese zuvor genannten Hilfsmittel über den Versicherer bezogen bzw. von ihm beschafft wurde oder über ihn weder beschafft noch bezogen werden kann oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss. 100% der Aufwendungen für orthopädische Schuhe, jedoch maximal 1.000 Euro pro Versicherungsjahr; Hörhilfen, jedoch maximal 1.000 Euro pro Hörhilfe. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpastsstücke (Otoplastik); Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), jedoch maximal 7.000 Euro pro Körperersatzstück; Perücken bei krankhaftem Haarausfall, jedoch maximal 400 Euro pro Perücke. 80% der Aufwendungen für Bandagen, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapieschuhe und orthopädische Schuhzurichtungen. Der 20%ige Eigenanteil ist auf einen Höchstbetrag von 3.500 Euro pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt, 100% nach Erreichen des Höchstbetrags.
Naturheilverfahren Wird für Naturheilverfahren geleistet?	
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Der Versicherer leistet für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen, z.B auch die Aufwendungen für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Naturheilverfahren	Wird für Naturheilverfahren geleistet?
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
Psychotherapie	Wird für Psychotherapie geleistet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für max. 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr. Eine psychotherapeutische Behandlung ist erstattungsfähig, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker durchgeführt wird. Nach vorheriger schriftlicher Zusage werden Aufwendungen für Leistungen approbierter Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind und über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen erstattet.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Nein, keine Leistungen.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Nein, keine Leistungen.
Sehhilfen	Werden Sehhilfen erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen, max. 250 Euro innerhalb von 24 Monaten.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen, max. 150 Euro innerhalb von 2 Jahre.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen, max. 150 Euro innerhalb von 2 Jahre.
Transportkosten ambulant	Werden die Transportkosten zu einer ambulanten Heilbehandlung erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Ja, erstattet werden 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Krankentransporte im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch entsprechende Transportunternehmen sowie für Krankenfahrten im Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug (basierend auf 0,30 Euro pro Kilometer) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Erstattungsfähig sind dabei ausschließlich die notwendigen Transporte/Fahrten wegen ambulanter Dialyse, Strahlentherapie bei Krebserkrankungen, Chemotherapie und bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit (pro Hin- und Rückfahrt insgesamt max. 50 Euro) sowie Notarztfahrten bei Unfällen oder Notfällen.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Ja, erstattet werden 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Krankentransporte im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch entsprechende Transportunternehmen sowie für Krankenfahrten im Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug (basierend auf 0,30 Euro pro Kilometer) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Erstattungsfähig sind dabei ausschließlich die notwendigen Transporte/Fahrten wegen ambulanter Dialyse, Strahlentherapie bei Krebserkrankungen, Chemotherapie und bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit (pro Hin- und Rückfahrt insgesamt max. 50 Euro) sowie Notarztfahrten bei Unfällen oder Notfällen.

Transportkosten ambulant	Werden die Transportkosten zu einer ambulanten Heilbehandlung erstattet?
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Ja, erstattet werden 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Krankentransporte im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch entsprechende Transportunternehmen sowie für Krankenfahrten im Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug (basierend auf 0,30 Euro pro Kilometer) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Erstattungsfähig sind dabei ausschließlich die notwendigen Transporte/Fahrten wegen ambulanter Dialyse, Strahlentherapie bei Krebserkrankungen, Chemotherapie und bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit (pro Hin- und Rückfahrt insgesamt max. 50 Euro) sowie Notarztfahrten bei Unfällen oder Notfällen.
Vorsorgeuntersuchungen	Wird für Vorsorgeuntersuchungen geleistet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden 100% bzw. 80%(Primärarztprinzip) der Aufwendungen für sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen. Bei Leistungsfreiheit wird eine tariflich festgelegte Pauschale für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen gezahlt. Die Vorsorgepauschale fällt nicht unter den Selbstbehalt. Zusätzlich wird für Schutzimpfungen geleistet.
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen. Bei Leistungsfreiheit wird eine tariflich festgelegte Pauschale für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen gezahlt. Die Vorsorgepauschale fällt nicht unter den Selbstbehalt.
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen. Bei Leistungsfreiheit wird eine tariflich festgelegte Pauschale für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen gezahlt. Die Vorsorgepauschale fällt nicht unter den Selbstbehalt.
Schutzimpfungen	Werden Schutzimpfungen erstattet?
Produktempfehlung 1: Allianz	
AktiMed Plus 90 P	Erstattet werden 100% für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden, sowie Reiseimpfungen, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit sowie Malariaphylaxe
Produktempfehlung 2: Allianz	
AktiMed Start 90	Erstattet werden 100% für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden, sowie Reiseimpfungen, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit sowie Malariaphylaxe
Produktempfehlung 3: Allianz	
AktiMed Start 70	Erstattet werden 100% für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden, sowie Reiseimpfungen, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit sowie Malariaphylaxe

Stationär

Allianz AktiMed Plus 90 P	Allianz AktiMed Start 90	Allianz AktiMed Start 70
Ausgleichs-KHT - Werden Ausgleichsleistungen bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen erstattet?		
Bei Verzicht auf Wahlleistungen wird insgesamt ein KHT von 60 Euro gezahlt. Für Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeld gezahlt.	Dieser Punkt entfällt. Wahlleistungen sind nicht versichert.	Dieser Punkt entfällt. Wahlleistungen sind nicht versichert.
Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15% des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20% für zwei aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre, 25% für drei aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre und 30% für vier oder mehr aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15% des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20% für zwei aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre, 25% für drei aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre und 30% für vier oder mehr aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15% des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20% für zwei aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre, 25% für drei aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre und 30% für vier oder mehr aufeinanderfolgende leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.
Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
Einmalige Pflegepauschale von 3.000 Euro wenn Pflegebedürftigkeit mind. nach Stufe II nachgewiesen wird, Rooming-in. Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.	Einmalige Pflegepauschale von 3.500 Euro wenn Pflegebedürftigkeit mind. nach Stufe II nachgewiesen wird, Rooming-in. Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.	Einmalige Pflegepauschale von 3.500 Euro wenn Pflegebedürftigkeit mind. nach Stufe II nachgewiesen wird, Rooming-in. Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.
Gebührenordnung - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung verzichtet?		
Nein, für wahlärztliche Behandlung durch Ärzte bei einem Stationäraufenthalt werden die Aufwendungen bis zum 5,0fachen Satz der GOÄ erstattet, für Belegärzte bis zum Höchstsatz der GOÄ.	Nein, Erstattung bis zum Regelsatz der GOÄ. Leistungen für belegärztliche Behandlung, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.	Nein, Erstattung bis zum Regelsatz der GOÄ. Leistungen für belegärztliche Behandlung, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.
Stationäre Kuren - Werden stationäre Kurleistungen erstattet?		
Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.

Allianz AktiMed Plus 90 P	Allianz AktiMed Start 90	Allianz AktiMed Start 70
Stationäre Kostenerstattung - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Heilbehandlung vor?		
Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. des -entbindungspflegers sowie die Wahlleistungen zur gesonderten Unterbringung im 2-Bettzimmer einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen der privatärztlichen Behandlung.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. des -Entbindungspflegers.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. des -Entbindungspflegers.
Transportkosten stat. - Werden die Transportkosten zu einer stationären Behandlung erstattet?		
Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.	Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.	Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.
Stationäre Psychotherapie - Welche Kostenerstattung sieht der Tarif bei einer stationären Psychotherapie vor?		
Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.	Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.	Die stationäre Psychotherapie ist gemäß den AVB nicht explizit ausgeschlossen, d.h. bei einer medizinischen Notwendigkeit wird daher im tariflichen Umfang geleistet.

Dental

Allianz AktiMed Plus 90 P	Allianz AktiMed Start 90	Allianz AktiMed Start 70
Zahnärztliche Behandlung - In welchem Umfang wird für Zahnbehandlung geleistet?		
Erstattet werden 100% der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen (inkl. professionelle Zahnreinigung) und Zahnprophylaxe.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen (inkl. professionelle Zahnreinigung) und Zahnprophylaxe.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen (inkl. professionelle Zahnreinigung) und Zahnprophylaxe.
Zahnersatz - In welchem Umfang wird für Zahnersatz geleistet?		
Erstattet werden 75% der Aufwendungen für prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen(Veneers), Prothesen und Brücken, sowie implantologische einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen (z.B dem Aufbau des Kieferknochens). Erstattungsfähig sind max. vier Implantate pro Kiefer, einschließlich des auf dem Implantat sitzenden Zahnersatzes (Suprakonstruktion). Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen(Veneers), Prothesen und Brücken, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen. Implantologische Leistungen einschließlich des auf dem Implantat sitzenden Zahnersatzes sind nicht erstattungsfähig.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen(Veneers), Prothesen und Brücken, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen. Implantologische Leistungen einschließlich des auf dem Implantat sitzenden Zahnersatzes sind nicht erstattungsfähig.

Allianz AktiMed Plus 90 P	Allianz AktiMed Start 90	Allianz AktiMed Start 70
Kieferorthopädie - Wie hoch ist der Erstattungssatz für kieferorthopädische Maßnahmen?		
Erstattet werden 75% der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Bei Unfall entfällt die Altersbegrenzung.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Bei Unfall entfällt die Altersbegrenzung.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Bei Unfall entfällt die Altersbegrenzung.
Material- und Laborkosten - Werden Material- und Laborkosten erstattet?		
Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie im tariflichen Verzeichnis für zahntechnische Leistungen aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin benannten Höchstbeträge zugrunde gelegt.	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie im tariflichen Verzeichnis für zahntechnische Leistungen aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin benannten Höchstbeträge zugrunde gelegt.	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie im tariflichen Verzeichnis für zahntechnische Leistungen aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin benannten Höchstbeträge zugrunde gelegt.
Inlays - Werden Einlagefüllungen (Inlays) erstattet?		
Erstattet werden 75% der Aufwendungen.	Erstattet werden 60 % der Aufwendungen, maximal 250 EUR pro Inlay, einschließlich damit in Zusammenhang stehender zahntechnischer Leistungen.	Erstattet werden 60 % der Aufwendungen, maximal 250 EUR pro Inlay, einschließlich damit in Zusammenhang stehender zahntechnischer Leistungen.
GOZ Zahnersatz - Wird auf die Einhaltung der Gebührenordnung bei Zahnersatz verzichtet?		
Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ.	Nein, Erstattung max. bis zum Regelhöchstsatz der GOZ.	Nein, Erstattung max. bis zum Regelhöchstsatz der GOZ.
Beitragsrückerstattung - Werden Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit gewährt?		
Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15 % des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20 % für zwei aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre, 25 % für drei aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre und 30 % für vier oder mehr aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15 % des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20 % für zwei aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre, 25 % für drei aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre und 30 % für vier oder mehr aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen BRE werden 15 % des Jahresbeitrages zurückerstattet (auch anteilig bei unterjährigem Vertragsbeginn), 20 % für zwei aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre, 25 % für drei aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre und 30 % für vier oder mehr aufeinander folgende, leistungsfreie Jahre. Für Kinder, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Versicherungsjahr erstattet.
Heil- und Kostenplan - Ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen?		
Bei Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie und voraussichtlichen Kosten von mehr als 2.500 Euro ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, sonst wird die tarifliche Leistung für den 2.500 Euro übersteigenden Rechnungsbetrag nur zur Hälfte erbracht.	Bei Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie und voraussichtlichen Kosten von mehr als 2.500 Euro ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, sonst wird die tarifliche Leistung für den 2.500 Euro übersteigenden Rechnungsbetrag nur zur Hälfte erbracht.	Bei Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie und voraussichtlichen Kosten von mehr als 2.500 Euro ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, sonst wird die tarifliche Leistung für den 2.500 Euro übersteigenden Rechnungsbetrag nur zur Hälfte erbracht.
Zahnstaffel - Sieht der Tarif eine Zahnstaffel vor?		
Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie gilt: In den ersten 12 Monaten bis 750 Euro, in den ersten 24 Monaten bis 1.500 Euro, in den ersten 36 Monaten bis 2.250 Euro, in den ersten 48 Monaten bis 3.000 Euro.	Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie gilt: In den ersten 12 Monaten bis 500 Euro, in den ersten 24 Monaten bis 1.000 Euro, in den ersten 36 Monaten bis 1.500 Euro, in den ersten 48 Monaten bis 2.000 Euro.	Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie gilt: In den ersten 12 Monaten bis 500 Euro, in den ersten 24 Monaten bis 1.000 Euro, in den ersten 36 Monaten bis 1.500 Euro, in den ersten 48 Monaten bis 2.000 Euro.

Allianz AktiMed Plus 90 P	Allianz AktiMed Start 90	Allianz AktiMed Start 70
Wegfall der Zahnstaffel bei Unfall - Entfällt die mögliche Zahnstaffel bei Unfall?		
Ja.	Ja.	Ja.
Besonderheiten - Gibt es Besonderheiten?		
Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.	Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.	Angebot des "GesundheitsLotse": Auslands-Notrufservice, Arzneimittelservice, Arzt-/Kliniksuche online, Diabetesprogramm, Gesundheitstelefon, Gesundheits- und Patienteninformationen, Herzinsuffizienzprogramm, Hilfsmittelmanagement, Klinikpartnerschaft, Knie und Hüfte, Kooperation Zahnlabore, Patientenbegleiter.
Implantate - Wie werden Implantate erstattet?		
Implantate werden erstattet wie Zahnersatz, jedoch beschränkt auf 4 Stück pro Kiefer.	Keine Leistungen.	Keine Leistungen.

Allgemein

Allianz AktiMed Plus 90 P	Allianz AktiMed Start 90	Allianz AktiMed Start 70
Geltungsbereich - Wie lange besteht Versicherungsschutz bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?		
<p>Versicherungsschutz besteht auch während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung verlängert werden. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Die Aufwendungen für Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort örtlichen Kosten entsprechen. Der Erstattungsbetrag reduziert sich um 20 %, wenn die versicherte Person zum Zweck der Heilbehandlung in einen Staat reist, der nicht zur Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehört. Dies gilt nicht für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, die in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar sind oder für die der VR die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat. Bei Behandlungen im Ausland gilt: Erstattet werden 80 % der Aufwendungen bzw. 100 % der Aufwendungen bei akuten Erkrankungen oder Unfällen während eines vorübergehenden Aufenthalts von maximal acht Wochen.</p>	<p>Versicherungsschutz besteht auch während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung verlängert werden. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Die Aufwendungen für Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort örtlichen Kosten entsprechen. Der Erstattungsbetrag reduziert sich um 20 %, wenn die versicherte Person zum Zweck der Heilbehandlung in einen Staat reist, der nicht zur Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehört. Dies gilt nicht für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, die in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar sind oder für die der VR die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.</p>	<p>Versicherungsschutz besteht auch während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung verlängert werden. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Die Aufwendungen für Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort örtlichen Kosten entsprechen. Der Erstattungsbetrag reduziert sich um 20 %, wenn die versicherte Person zum Zweck der Heilbehandlung in einen Staat reist, der nicht zur Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehört. Dies gilt nicht für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, die in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar sind oder für die der VR die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.</p>
Kündigungstermin - Ist der 31.12. des Jahres der mögliche Kündigungstermin?		
<p>Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Frist zum Ende des Versicherungsjahres (Vj), das ab dem zweiten Jahr dem Kalenderjahr (Kj) entspricht.</p>	<p>Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Frist zum Ende des Versicherungsjahres (Vj), das ab dem zweiten Jahr dem Kalenderjahr (Kj) entspricht.</p>	<p>Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Frist zum Ende des Versicherungsjahres (Vj), das ab dem zweiten Jahr dem Kalenderjahr (Kj) entspricht.</p>
Mindestlaufzeit des Vertrages - Wie lang ist die Mindestlaufzeit des Vertrages?		
2 Versicherungsjahre.	2 Versicherungsjahre.	2 Versicherungsjahre.
niedrigere SB für Kinder - Ist die Selbstbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen hälftig?		
Nein.	Nein.	Nein.
Tariflicher Selbstbehalt - Auf welche Teilbereiche bezieht sich der tariflich vereinbarte Selbstbehalt?		
<p>Der Selbstbehalt beträgt für alle Tarifleistungen pro versicherte Person und Kalenderjahr 10 %, insgesamt höchstens 500 Euro. Der Selbstbehalt gilt auch für die Pflegepauschale.</p>	<p>Der Selbstbehalt beträgt für alle Tarifleistungen pro versicherte Person und Kalenderjahr 10 %, insgesamt höchstens 500 Euro. Der Selbstbehalt gilt auch für die Pflegepauschale.</p>	<p>Der Selbstbehalt beträgt für alle Tarifleistungen pro versicherte Person und Kalenderjahr 30 %, insgesamt höchstens 1.500 Euro. Der Selbstbehalt gilt auch für die Pflegepauschale.</p>
Wartezeiterlass - Wird auf die Wartezeiten verzichtet oder erfolgt eine Anrechnung?		
<p>Der Versicherer verzichtet generell auf die allgemeine und besondere Wartezeit.</p>	<p>Der Versicherer verzichtet generell auf die allgemeine und besondere Wartezeit.</p>	<p>Der Versicherer verzichtet generell auf die allgemeine und besondere Wartezeit.</p>

Allianz AktiMed Plus 90 P	Allianz AktiMed Start 90	Allianz AktiMed Start 70
Optionstarif - Handelt es sich um einen Optionstarif?		
Nein.	Ja, für versicherte Personen besteht das Recht, zum 1. Januar des vierten oder des sechsten Versicherungsjahrs den Versicherungsschutz in eine leistungsstärkere Absicherung der Krankheitskostenvollversicherung ohne Wartezeiten und erneute Gesundheitsprüfung umzustellen. Die Umstellung kann nur in Tarife erfolgen, nach denen die versicherte Person versicherungsfähig ist und die für den Neuzugang geöffnet sind.	Ja, für versicherte Personen besteht das Recht, zum 1. Januar des vierten oder des sechsten Versicherungsjahrs den Versicherungsschutz in eine leistungsstärkere Absicherung der Krankheitskostenvollversicherung ohne Wartezeiten und erneute Gesundheitsprüfung umzustellen. Die Umstellung kann nur in Tarife erfolgen, nach denen die versicherte Person versicherungsfähig ist und die für den Neuzugang geöffnet sind.