

# Vorschlag für eine private Krankenvollversicherung für Martina Musterfrau

Erstellt am 10.03.2011



## Daten zur Person

Geschlecht:	weiblich	Geburtsdatum:	01.01.1986
Status:	Versicherungsnehmer	Berufsgruppe:	Beamte/r
Beihilfesatz:	50 %	Beihilfeträger:	Bund

## Tarifvorgaben

Versicherungsbeginn:	01.04.2011	Tarifgebiet:	West
Tarifarten:	Ambulant Stationär Zahn Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 €		

## Tarifvorschlag

Wir möchten Ihnen folgende Tarife vorschlagen:

Versicherer:	Tarife:	Beitrag:
Münchener Verein Krankenversicherung a.G.	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	266,68 €
AXA / DBV Krankenversicherung AG	BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	257,15 €
ARAG Krankenversicherungs-AG	217 247 527 277 PVB 11	240,49 €
Universa Krankenversicherung a.G.	A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	215,54 €
HALLESCHE Krankenversicherung a.G.	BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	258,53 €
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H	237,20 €

Die einzelnen Tarife werden auf den folgenden Seiten ausführlich beschrieben und verglichen.

## Gewünschte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte wurden bei der Analyse berücksichtigt:

Leistungspunkte Ambulant			
Sehhilfen	Ja.	Psychotherapie	Ja.
Krankentransporte ambulant	Ja.	Verzicht auf Kurortklausel	Ja.
GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.	Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)	Ja.
Heilpraktiker	Ja.	Körperersatzstücke	Ja.
Prothesen	Ja.	Orthesen	Ja.
Kunstaugen	Ja.	Atemmonitor (Heimgerät)	Ja.
Herzmonitor (Heimgerät)	Ja.	Beatmungsgeräte (Heimgerät)	Ja.
Heimdialysegerät	Ja.	Krankenfahstühle ohne Summenbegrenzung	Ja.
Hör-/Sprechgeräte	Ja.	orthopädische Schuhe	Ja.
Blindenhund o. Blindenleitgerät	Ja.	Blindenlese-/Vorlesegerät	Ja.
Sehhilfen Erstattung mind. alle 24 Monate	Ja.	offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	Ja.
Hilfsmittel - mind. normale Ausführung	Ja.	Hilfsmittel - Reparatur	Ja.
Hilfsmittel - keine Beschränkungen d. Bezugsart	Ja.	Heilmittel - keine pauschalen Beschränkungen	Ja.
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis	Ja.	Logopädie durch Logopäden	Ja.
Ergotherapie durch Ergotherapeuten	Ja.	Arznei-/Verbandmittel ohne zusätzliche SB	Ja.
Vorsorge auch über gesetzliche Programme	Ja.	Schutzimpfungen	Ja.
Psychotherapie auch ohne vorherige Zusage des VR	Ja.	Psychotherapie ohne besondere Einschränkungen/SB`s	Ja.

Leistungspunkte Stationär			
2-Bett-Zimmer	Ja.	Wahlärztliche Behandlung (freie Arztwahl)	Ja.
Krankentransporte bis nächstes geeignetes KH ohne km-Grenze inkl. Rettungsflug	Ja.	Ersatzkrankenhaustagegeld	Ja.
Verzicht auf rechtz. Meldung KH-Aufenthalt	Ja.	Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	Ja.
Stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen	Ja.	Entziehungsmaßnahmen versichert	Ja.
GOÄ stationär: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.		





































Leistungspunkte Zahn			
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen	Ja.	Inlays = Zahnbehandlung	Ja.
Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	Ja.	GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.

Leistungspunkte Allgemein			
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	Ja.		


Leistungspunkte Krankenhaustagegeld			
Keine Leistungspunkte berücksichtigt.			

## Leistungsübersicht


Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife. Die Leistungsstärke der Tarife in den einzelnen Bereiche wird durch die Anzahl der farbigen Balken wiedergespiegelt. Sollten wichtige Hinweise zu den Tarifen vorhanden sein, werden diese mit einem gelben Warnhinweis gekennzeichnet. Bitte lesen Sie dann diese Hinweise in den Tarifdetails nach.


Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Ambulant	Stationär	Chefarzt	Zahn	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie	Erfüllte Vorgaben in %	
Münchener Verein	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		266,68	0,00		266,68						50 %	50 %	50 %	96 %
AXA - DBV	BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N		257,15	0,00		257,15						50 %	50 %	50 %	96 %
Arag	217 247 527 277 PVB 11		240,49	0,00		240,49						50 %	50 %	50 %	92 %
Universa	A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT		215,54	0,00		215,54						50 %	50 %	50 %	94 %
Hallesche	BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH		258,53	0,00		258,53						50 %	50 %	50 %	98 %
Deutscher Ring	BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H		237,20	0,00		237,20						50 %	50 %	50 %	92 %


Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Niedriger Leistungsumfang

 Umfangreicher Leistungsumfang

 Überdurchschnittlicher Leistungsumfang





































 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen


Effektivbeitrag: Der Effektivbeitrag ist der Krankenversicherungsbeitrag (bei Arbeitnehmern abzüglich des Arbeitsgeberzuschusses) plus 1/12 der jährlichen Selbstbeteiligung.

## Leistungsübersicht Ambulant


Im folgenden wird die Leistungsstärke der Tarife im ambulanten Leistungsbereich verglichen.


Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	GOÄ / GOZ	Heilpraktiker	Heil-/Hilfsmittel	Psychotherapie	Vorsorge	Erfüllte Vorgaben in %
Münchener Verein	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		266,68	0,00		266,68						96 %
AXA - DBV	BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N		257,15	0,00		257,15						96 %
Arag	217 247 527 277 PVB 11		240,49	0,00		240,49						92 %
Universa	A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT		215,54	0,00		215,54						94 %
Hallesche	BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH		258,53	0,00		258,53						98 %
Deutscher Ring	BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H		237,20	0,00		237,20						92 %


Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke













 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer


A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen


## Leistungsübersicht Tagegelder


Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife in den Leistungsbereichen Tagegelder:


Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Krankenhaus-tagegeld	Erfüllte Vorgaben in %
Münchener Verein	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		266,68	0,00		266,68		96 %
AXA - DBV	BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N		257,15	0,00		257,15		96 %
Arag	217 247 527 277 PVB 11		240,49	0,00		240,49		92 %
Universa	A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT		215,54	0,00		215,54		94 %
Hallesche	BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH		258,53	0,00		258,53		98 %
Deutscher Ring	BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H		237,20	0,00		237,20		92 %


Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke

 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

## Tarifdetails

Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N		Arag 217 247 527 277 PVB 11		Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT		Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH		Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H	
<b>Tarif 716:</b> Ambulanter Tarif - 30% Erstattung  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011	<b>87,14 €</b>	<b>Tarif B3 50-NT:</b> Stationärer Tarif mit Regelleistungen im Krankenhaus (Mehrbettzimmer, Belegarzt). Versicherter Prozentsatz: 50% Stand: 01.01.2011	<b>34,39 €</b>	<b>Tarif 217:</b> Tarif für Beihilfeberechtigte. 50% Erstattung für ambulante Behandlung. Stand: 01.01.2011	<b>122,68 €</b>	<b>Tarif A20Z:</b> Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird. Stand: 01.01.2011	<b>40,12 €</b>	<b>Tarif BEa 50:</b> Beihilfeergänzungstari f: - Sehhilfen - Heilpraktiker bis 1.000 EUR - Zahnersatz (Material- /Laborkosten) - privatärztliche Behandlung über der GOÄ/GOZ - Kurtagegeld Stand: 01.04.2010	<b>8,04 €</b>	<b>Tarif BE:</b> Beihilfeergänzungstari f: Hilfsmittel, Kur, Zahnbehandlung-, ersatz, Kieferorthopädie, 1- Bettzimmer (sofern 2- Bettzimmer versichert ist), Auslandsrücktransport . Stand: 01.01.2011	<b>15,38 €</b>
<b>Tarif 719:</b> Ambulanter Tarif - 20% Erstattung  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011	<b>51,88 €</b>	<b>Tarif BN1/2 50-N:</b> Beihilfeergänzungstari f: - Heilpraktiker - Hilfsmittel - Kurtagegeld - Ausland - Zahntechnische Material-/Laborkosten Stand: 01.02.2009	<b>8,92 €</b>	<b>Tarif 247:</b> Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. 50% Erstattung der Regel- u. Wahlleistungen (2- Bett-Zimmer, Wahlarzt). Stand: 01.01.2011	<b>45,73 €</b>	<b>Tarif A30:</b> Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2011	<b>67,80 €</b>	<b>Tarif CA 120:</b> Ambulant: 20% Ambulante Heilbehandlung 20% Heilpraktiker 20% Psychotherapie (ohne Sitzungszahlbegrenzu ng) (Tarif für Beihilfeberechtigte, endet im Versorgungsfall, spät. mit Alter 65) Stand: 01.04.2010	<b>52,18 €</b>	<b>Tarif BK20X:</b> Kompakttarif für Beihilfeberechtigte. Regelleistungen im Krankenhaus (Mehrbettzimmer, Belegarzt). Versicherter Prozentsatz: 20% Der Tarif endet im Versorgungsfall, spätest. mit vollend. 65. Lebensjahr. Stand: 01.01.2010	<b>65,00 €</b>
<b>Tarif 756:</b> Stationärer Tarif - 30% Erstattung Regelleistungen  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011	<b>23,89 €</b>	<b>Tarif BZ 50-N:</b> Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Stand: 01.02.2009	<b>28,27 €</b>	<b>Tarif 277:</b> Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte. Erstattungssatz 50%.  Erstattung der nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen. Stand: 01.01.2011	<b>6,12 €</b>	<b>Tarif BZ 50:</b> Beihilfeergänzungstari f für Zahnersatz, Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen Stand: 01.01.2011	<b>4,08 €</b>	<b>Tarif CA 30:</b> Ambulant: 30% Ambulante Heilbehandlung 30% Heilpraktiker 30% Psychotherapie (ohne Sitzungszahlbegrenzu ng) (Tarif für Beihilfeberechtigte)	<b>85,42 €</b>	<b>Tarif BK30:</b> Kompakttarif für Beihilfeberechtigte. Regelleistungen im Krankenhaus (Mehrbettzimmer, Belegarzt). Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010	<b>112,59 €</b>
<b>Tarif 799:</b> Stationärer Tarif - 20% Erstattung Regelleistungen  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011	<b>13,24 €</b>	<b>Tarif BS 50-NT:</b> Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Reduzierung im Versorgungsfall bzw. ab Alter 66. Versicherter Prozentsatz: 50% Stand: 01.01.2010	<b>136,80 €</b>	<b>Tarif 527:</b> Zahntarif: Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie. Erstattungssatz 50%. Stand: 01.01.2011	<b>31,51 €</b>	<b>Tarif PV B:</b> Pflegepflichtversicher ung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010	<b>10,27 €</b>	<b>Tarif ST2/20R:</b> Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010	<b>14,71 €</b>	<b>Tarif BS20X:</b> Stand: 01.04.2010	<b>3,37 €</b>
<b>Tarif 786:</b> Stand: 01.01.2011	<b>23,26 €</b>	<b>Tarif BW2 50-NT:</b> Stand: 01.01.2011	<b>12,76 €</b>	<b>Tarif PVB:</b> Stand: 01.01.2011	<b>10,25 €</b>						

<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Zahntarif - 30% Zahnbehandlung - 30% Zahnersatz - 30% Kieferorthopädie  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011  <b>Tarif 789:</b> <b>17,38 €</b>  Zahntarif - 20% Zahnbehandlung - 20% Zahnersatz - 20% Kieferorthopädie  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011  <b>Tarif 976:</b> <b>8,80 €</b>  Stationärer Tarif - 30% Erstattung Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt)  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011  <b>Tarif 979:</b> <b>3,94 €</b>  Stationärer Tarif - 20% Erstattung Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt)  Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011  <b>Tarif PVB:</b> <b>10,50 €</b>	50% Erstattung der Wahlleistungen im Krankenhaus (2- Bettzimmer, Privatarzt). Stand: 01.01.2010  <b>Tarif BWE-N:</b> <b>6,06 €</b>  Erstattung der Differenzkosten zwischen 1- Bettzimmer und 2- Bettzimmer. Stand: 01.02.2009  <b>Tarif PVB:</b> <b>10,43 €</b>  Pflegepflichtversicher ung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010  <b>Tarif KHTE-N:</b> <b>4,16 €</b>  Krankenhaustagegeld . Maximaler Tagessatz: 100 € (In einigen Fällen auch weniger, z.B. bei nicht Erwerbstätigen) Stand: 01.01.2010  <b>Gesetzlicher</b> <b>Zuschlag:</b> <b>15,36 €</b>	Pflegepflichtversicher ung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010  <b>Tarif 11:</b> <b>3,60 €</b>  Krankenhaustagegeld Stand: 01.01.2009  <b>Gesetzlicher</b> <b>Zuschlag:</b> <b>20,60 €</b>	Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. Regel- u. Wahlleistungen (2- Bettzimmer, Chefarzt). Versicherter Prozentsatz: 20%  Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird. Stand: 01.01.2011  <b>Tarif ST2/30:</b> <b>29,26 €</b>  Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. Regel- u. Wahlleistungen (2- Bettzimmer, Chefarzt). Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2011  <b>Tarif ZA 50:</b> <b>30,75 €</b>  Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Stand: 01.01.2010  <b>Tarif KSKT:</b> <b>5,36 €</b>  Krankenhaustagegeld inkl. Kurtagegeld. Stand: 01.01.2011  <b>Gesetzlicher</b> <b>Zuschlag:</b> <b>13,19 €</b>	<b>Tarif CG 230:</b> <b>8,23 €</b>  Erstattung Wahlleistungen im Krankenhaus (2- Bettzimmer, Privatarzt). Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.04.2010  <b>Tarif CG 320:</b> <b>4,27 €</b>  Stationär: 20% 2-Bettzimmer 20% Wahlärztliche Behandlung  (Tarif für Beihilfeberechtigte, endet im Versorgungsfall, spät. mit Alter 65) Stand: 01.04.2010  <b>Tarif CSD:</b> <b>4,24 €</b>  Erstattung der Differenzkosten 1- Bettzimmer. Stand: 01.04.2010  <b>Tarif CSR 120:</b> <b>11,81 €</b>  Stationär: 20% Regelleistungen 20% Mehrbettzimmer  (Tarif für Beihilfeberechtigte, endet im Versorgungsfall, spät. mit Alter 65) Stand: 01.04.2010  <b>Tarif CSR 30:</b> <b>22,32 €</b>	Stationärer Zusatztarif für Beihilfeberechtigte. Wahlleistungen im Krankenhaus (2- Bettzimmer, Wahlarzt). Versicherter Prozentsatz: 20% Der Tarif endet im Versorgungsfall, spätest. mit vollend. 65. Lebensjahr. Stand: 01.01.2010  <b>Tarif BS30:</b> <b>7,71 €</b>  Stationärer Zusatztarif für Beihilfeberechtigte. Wahlleistungen im Krankenhaus (2- Bettzimmer, Wahlarzt). Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010  <b>Tarif PIT50:</b> <b>4,87 €</b>  Zusatzbaustein für den Übertragungswert (portable Alterungsrückstellung für den Versichererwechsel). Stand: 01.01.2011  <b>Tarif PVB:</b> <b>10,29 €</b>  Stand: 01.01.2010  <b>Tarif H:</b> <b>3,94 €</b>  Krankenhaustagegeld . Stand: 01.11.2007  <b>Gesetzlicher</b> <b>Zuschlag:</b> <b>14,06 €</b>



<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.05.2010  <b>Tarif 795:</b> <b>3,70 €</b> Krankenhaustagegeld . Stand: 01.02.2009  <b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>22,95 €</b>				Stationär: 30% Regelleistungen 30% Mehrbettzimmer  (Tarif für Beihilfeberechtigte) Stand: 01.04.2010  <b>Tarif CZ 120:</b> <b>12,81 €</b> Zahntarif: 20% Zahnbehandlung 20% Zahnersatz 20% Kieferorthopädie  (Tarif für Beihilfeberechtigte, endet im Versorgungsfall, spät. mit Alter 65) Stand: 01.04.2010  <b>Tarif CZ 30:</b> <b>19,68 €</b> Zahn: 30% Zahnbehandlung 30% Zahnersatz 30% Kieferorthopädie  (Tarif für Beihilfeberechtigte) Stand: 01.04.2010  <b>Tarif PVB:</b> <b>10,22 €</b> Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2008  <b>Tarif KH:</b> <b>4,52 €</b> Krankenhaustagegeld . Stand: 01.01.2008  <b>Gesetzlicher Zuschlag:</b> <b>14,79 €</b>	

## Hinweise nicht erfüllter Leistungsvorgaben und wichtige Informationen zu den Tarifen:

<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<p><b>Erfüllte Vorgaben:</b> 96%</p> <p><b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b></p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung</p>	<p><b>Erfüllte Vorgaben:</b> 96%</p> <p><b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b></p> <p>Hilfsmittel - Reparatur</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p>	<p><b>Erfüllte Vorgaben:</b> 92%</p> <p><b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b></p> <p>Blinderhund o. Blindenleitgerät</p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Entziehungsmaßnahmen versichert</p>	<p><b>Erfüllte Vorgaben:</b> 94%</p> <p><b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b></p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Entziehungsmaßnahmen versichert</p>	<p><b>Erfüllte Vorgaben:</b> 98%</p> <p><b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b></p> <p>Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis</p>	<p><b>Erfüllte Vorgaben:</b> 92%</p> <p><b>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</b></p> <p>Inlays = Zahnbehandlung</p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Entziehungsmaßnahmen versichert</p>
<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>716: Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</p> <p>719: Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</p>	<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>BS 50-NT: Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?</p> <p>Verhaltensbonus: BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 € (jedes 2. Jahr) Nichtraucher-Bonus: 50 € (jedes 2. Jahr) Aktuelles dt. Sportabzeichen: 50 € (jedes Jahr)</p>	<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>11: max. versicherbarer Tagessatz</p> <p>Maximal versicherbarer Tagessatz: 150,- €</p>	<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>A20Z: Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?</p> <p>Psychotherapie ist im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p> <p>A30: Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?</p> <p>Psychotherapie ist im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p> <p>BZ 50: Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p> <p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p>	<p><b>Keine Hinweise vorhanden.</b></p>	<p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <p>BE: Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?</p> <p>Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind dann erstattungsfähig, wenn im Grundtarif Wahlleistungen (Wahlarzt und 2-Bettzimmer) versichert sind.</p> <p>BK20X: Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig.</p> <p>BK30: Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig.</p>

## Leistungsvergleich Schnellübersicht:

Allgemeine Leistungspunkte						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach ambulanten Behandlungen gefragt?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach psychotherapeutischen Behandlungen gefragt?	✓	✓				
Antrag - wird im Antrag max. 5 Jahre rückwirkend nach stationären Behandlungen gefragt?	✓	✓	✓	✓		✓
Zahn - bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?		10	0	4	3	6
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?	0	16	0		8	
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?	unbegrenzt	unbegrenzt	60	3	unbegrenzt	unbegrenzt
Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?		✓	✓	✓	✓	✓
Ausland - besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓	✓			✓	✓
Ausland - besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓	✓			✓	✓

Allgemeine Leistungspunkte						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?	✓	✓	✓			✓
Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?						
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 Leistungsfreie Jahr erstattet werden?	1	4 <b>Hinweis:</b> <b>Verhaltensbonus:</b> <b>BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 € (jedes 2. Jahr)</b> <b>Nichtraucher-Bonus: 50 € (jedes 2. Jahr)</b> <b>Aktuelles dt. Sportabzeichen: 50 € (jedes Jahr)</b>	1	1	1	1
Allgemeines - sind keine Wartezeiten vorhanden?		✓				
Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?		✓		✓		✓
Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?						
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Allgemeine Leistungspunkte						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univera A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Allgemeines - ist vertraglich garantiert, dass bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?	✓	✓	✓		✓	✓
Allgemeines - erfolgt in den Bedingungen eine Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univerra A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Selbstbeteiligung - gilt die Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Selbstbeteiligung - ist die Selbstbeteiligung für Kinder reduziert?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Verzichtet der Versicherte bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
GOÄ ambulant - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?	✓	✓	✓	✓	✓	
Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?			✓		✓	
Heilpraktiker - sind Heilpraktikerleistungen mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	✓	✓	✓		✓	✓
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heilmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	100 %
Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Leistungspunkte Ambulant						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univerra A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?	✓	✓	✓	✓		✓
Heilmittel - ist Logopädie durch Logopäden erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	100 %
Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?		✓	✓			
Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - ist mind die "normale" Ausführung erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?	✓		✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - bestehen keine Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Atemmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Herzmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓



Leistungspunkte Ambulant						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univerra A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Hilfsmittel - sind die Kosten für Beatmungsgeräte (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?		✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?	✓	✓		✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese- /Vorlesegeräte erstattungsfähig?	✓	✓			✓	
Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univerra A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Sehhilfen - erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)	unbegrenzt <b>Hinweis:</b> 716: <b>Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</b> 719: <b>Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</b>	1000 €	unbegrenzt	435 €	unbegrenzt	unbegrenzt <b>Hinweis:</b> BK20X: <b>Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig.</b> BK30: <b>Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig.</b>
Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie - erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	30
Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>						
	<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Univerra</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit erstattungsfähig?	✓				✓	
Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Arznei-/Verbandmittel - sind Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?	✓		✓		✓	
Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Stationär						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univerra A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?		✓			✓	✓ <b>Hinweis: BE:</b> Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind dann erstattungsfähig, wenn im Grundtarif Wahlleistungen (Wahlarzt und 2-Bettzimmer) versichert sind.
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 2-Bettzimmer erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Krankenhaus - sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ stationär - leistet der Tarif bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ stationär - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?	✓	✓	✓	✓	✓	
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?	✓	✓				✓

Leistungspunkte Stationär						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univerra A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?		✓				✓
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?						✓
Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtl. Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?	✓	✓			✓	

Leistungspunkte Zahn						
	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univerra A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOZ Zahn - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GOZ Zahn - der Tarif auch über den Höchstsatz der GOZ?		✓	✓	✓	✓	✓
GOZ Zahn - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?	✓	✓	✓	✓	✓	
Zahn - ist kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?	2	0	3	99 Hinweis: BZ 50: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.	10	0
Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<b>Leistungspunkte Zahn</b>						
	<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Univera</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Zahn - ist die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan nicht zwingend vorgeschrieben?	✓	✓	✓			
Zahn - sind Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zahn - werden Inlays wie Zahnbehandlung erstattet?	✓	✓	✓	✓	✓	

<b>Leistungspunkte Krankenhaustagegeld</b>						
	<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Univera</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
max. versicherbarer Tagessatz		100				
Mindestvertragsdauer						



## Leistungsvergleich Textübersicht

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen textuellen Vergleich der Leistungspunkte der vorgeschlagenen Tarife. Dieser Vergleich ersetzt nicht die originalen Dokumenten des Versichers und dient somit nicht als Leistungsbeschreibung.

<b>Allgemeine Leistungspunkte</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach ambulanten Behandlungen gefragt?</b>					
716: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre. 719: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung 5 Jahre).	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	A30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre. A20R: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	CA 30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre CA 120: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre	BK20X: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt). BK30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).
<b>Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach psychotherapeutischen Behandlungen gefragt?</b>					
716: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre. 719: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt 3 Jahre (stationär 5 Jahre).	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre rückwirkend.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
<b>Antrag - wird im Antrag max. 5 Jahre rückwirkend nach stationären Behandlungen gefragt?</b>					
716: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. 719: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	B3 50-NT: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. BWE-N: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. BW2 50-NT: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	ST2/20R: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. ST2/30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32: 5 Jahre).	BK20X: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. BK30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Zahn - bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?</b>					
-	BN1/2 50-N: Es liegen keine Informationen vor. BZ 50-N: Bis 10 fehlende Zähne = Annahme mit Vereinbarung; ab 11 fehlenden Zähne = Ablehnung	Es liegen leider keine Informationen vor.	Erfahrungsgemäß ist bei ca. 5 fehlenden Zähnen mit einer Ablehnung zu rechnen. Ein Leistungsausschluss wird benötigt, wenn mehr als 2 Zähne fehlen. Zur Prüfung wird in jedem Fall, zusätzlich zum Antrag, der beigefügte zahnärztliche Untersuchungsbericht benötigt.	CA 30: Bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss (Vereinbarung VG27) Ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung Ab 11 ersetzen/überkronen Zähnen: Ablehnung CA 120: Bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss (Vereinbarung VG27) Ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung Ab 11 ersetzen/überkronen Zähnen: Ablehnung	BK20X: Ab 2 fehlende Zähne = Zahnstaffel Ab 7 fehlende Zähne = Ablehnung Ab 14 überkroner bzw. ersetzter Zähne älter als 5 Jahre = Ablehnung BK30: Ab 2 fehlende Zähne = Zahnstaffel Ab 7 fehlende Zähne = Ablehnung Ab 14 überkroner bzw. ersetzter Zähne älter als 5 Jahre = Ablehnung
<b>Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?</b>					
716: Kinder sind auch alleine versicherbar. 719: Kinder sind auch alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	Kinder sind auch alleine versicherbar.	-	CA 30: Kinder sind erst ab dem 8. Lebensjahr alleine versicherbar. CA 120: Kinder sind erst ab dem 8. Lebensjahr alleine versicherbar.	Keine Leistung vorhanden.

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?</b>					
<p>716: Es besteht während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten sechs Monate auf der ganzen Welt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer spätestens zum ersten Werktag des 4. Monats eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.</p> <p>719: Es besteht während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten sechs Monate auf der ganzen Welt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer spätestens zum ersten Werktag des 4. Monats eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht</p>	<p>Es besteht weltweiter Versicherungsschutz für die ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes. Ab dem 7. Monat (Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes) besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn hierüber zuvor mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung getroffen wurde.</p>	<p>217: Versicherungsschutz besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren (kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden).</p> <p>247: Versicherungsschutz besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf</p>	<p>A30: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt, oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.</p> <p>BZ 50: Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung bzw. Bestattung eines verstorbenen Versicherten, sofern dieser am Tage der Abreise das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.</p> <p>ST2/20R: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt, oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.</p>	<p>CA 30: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p> <p>CG 320: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p> <p>CG 230: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p> <p>CA 120: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p>	<p>BK20X: Der Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht zunächst für einen Monat. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht unbegrenzter Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland.</p> <p>BK30: Der Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht zunächst für einen Monat. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht unbegrenzter Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland.</p> <p>BK20X: Der Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht zunächst für einen Monat. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht unbegrenzter Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50 % erhoben. Dauert ein Auslandsaufenthalt des Versicherungsnehmers länger als 3 Monate, so ist ein im Inland wohnender Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht.</p> <p>BK30: Der Versicherungsschutz für das außereuropäische Ausland besteht zunächst für einen Monat. Nach einer Versicherungsdauer von 12</p>

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?					
möglich ist. Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.		Jahren (kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden). 527: Versicherungsschutz besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren (kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden).	ZA 50: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherun g (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt, oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen. ST2/30: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherun g (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt, oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen. A20R: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherun g (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn		Monaten besteht unbegrenzter Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50 % erhoben. Dauert ein Auslandsaufenthalt des Versicherungsnehmers länger als 3 Monate, so ist ein im Inland wohnender Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht.

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B SKST	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?					
			mindestens 36 Monate zurückliegt, oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.		
Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?					
Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig sowie unmittelbare Überführungskosten der Leiche beim Tod der versicherten Person im Ausland an den ständigen Wohnsitz bis zu 10.000,00 EUR; Bestattungskosten im Ausland, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären, höchstens jedoch bis zu 5.000,00 EUR. Als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme derjenigen, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie einen ständigen Wohnsitz hat.	277: Medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland ist bei Auslandsreisen bis zu einer Dauer von 42 Tagen erstattungsfähig. 247: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. 247: Transportkosten, die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.	A30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. Der Abschluß einer Reisekrankenversicherung nach Tarif RD2003 wird empfohlen. BZ 50: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig (einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu erwarten ist). Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland u. Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, max. 10.300,- €. A20R: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. Der Abschluß einer Reisekrankenversicherung nach Tarif RD2003 wird empfohlen.	CA 30: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. CG 320: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. CG 230: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. CA 120: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären.	BK20X: Rücktransport aus dem Ausland ist bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. BE: Erstattungsfähig sind Mehraufwendungen durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus: in voller Höhe. Bei einem Ambulanzflug a) durch Vermittlung von Vertragspartnern des Deutschen Ringes: in voller Höhe, b) sonst: bis zu der Höhe, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner entstanden wäre. BK30: Rücktransport aus dem Ausland ist bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig.

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Ausland - besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)</b>					
<p>716: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p> <p>719: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p>	<p>B3 50-NT: Ja, es besteht während der ersten 6 Monate son ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.</p> <p>BS 50-NT: Ja, es besteht während der ersten 6 Monate son ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.</p>	<p>Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.</p>	<p>Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>CA 30: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.</p> <p>CA 120: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.</p>	<p>BK20X: Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.</p> <p>BK30: Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.</p>

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Ausland - besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)</b>					
<p>716: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p> <p>719: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p>	<p>B3 50-NT: Ja, über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung - ggf. mit Beitragszuschlag - mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit anderem Zuschlag/Frist) verlangen.</p> <p>BS 50-NT: Ja, über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung - ggf. mit Beitragszuschlag - mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit anderem Zuschlag/Frist) verlangen.</p>	Nur unter Vorbehalt. Bei Verlegung prüft der Versicherer, ob gegen angemessenen Zuschlag die Fortführung möglich ist.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	<p>CA 30: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.</p> <p>CA 120: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.</p>	<p>BK20X: Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.</p> <p>BK30: Ja, der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im tariflichen Umfang.</p>



Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?</b>					
<p>716: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versicherer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p> <p>719: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versicherer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p>	<p>B3 50-NT: Ja, während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Der Versicherer kann einen Beitragszuschlag verlangen. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit anderem Zuschlag/Frist) verlangen.</p> <p>BS 50-NT: Ja, während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Der Versicherer kann einen Beitragszuschlag verlangen. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit</p>	<p>Ja, die Fortsetzung ist - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - bis zu 5 Jahre möglich, darüber hinaus mit besonderer Vereinbarung.</p>	<p>Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden.</p>	<p>Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.</p>	<p>BK20X: Ja, der Deutsche Ring verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird.</p> <p>BK30: Ja, der Deutsche Ring verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird.</p>

<b>Allgemeine Leistungspunkte</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?</b>					
	anderem Zuschlag/Frist) verlangen.				
<b>Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?</b>					
Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?					
<p>716: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. - 1,0 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr) - 1,2 MB (Monatsbeitrag) für 2 leistungsfreie KJ - 1,6 MB (Monatsbeitrag) für 3 leistungsfreie KJ - 2,0 MB (Monatsbeitrag) für 4 leistungsfreie KJ - 2,4 MB (Monatsbeitrag) für 5 leistungsfreie KJ - 2,8 MB (Monatsbeitrag) für 6 leistungsfreie KJ - 3,2 MB (Monatsbeitrag) für 7 leistungsfreie KJ - 3,6 MB (Monatsbeitrag) für 8 leistungsfreie KJ - 4,0 MB (Monatsbeitrag) ab 9 leistungsfreie KJ</p> <p>719: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. - 1,0 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr) - 1,2 MB (Monatsbeitrag) für 2 leistungsfreie KJ - 1,6 MB (Monatsbeitrag) für 3 leistungsfreie KJ - 2,0 MB (Monatsbeitrag) für 4 leistungsfreie KJ - 2,4 MB (Monatsbeitrag) für 5 leistungsfreie KJ - 2,8 MB (Monatsbeitrag) für 6 leistungsfreie KJ - 3,2 MB (Monatsbeitrag) für 7 leistungsfreie KJ - 3,6 MB (Monatsbeitrag) für 8 leistungsfreie KJ - 4,0 MB (Monatsbeitrag) ab 9 leistungsfreie KJ</p>	<p>Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beträgt: 1. Kalenderjahr: 4 Monatsbeiträge</p> <p><b>Hinweis:</b> <b>Verhaltensbonus:</b> <b>BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 € (jedes 2. Jahr)</b> <b>Nichtraucher-Bonus: 50 € (jedes 2. Jahr)</b> <b>Aktuelles dt. Sportabzeichen: 50 € (jedes Jahr)</b></p>	<p>217: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 u. 2 leistungsfreie KJ (Kalenderjahr), 2 MB für 3 u. 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 u. 6 leistungsfreie KJ, 4 MB für 7 u. 8 leistungsfreie KJ, 5 MB für 9 leistungsfreie KJ, 6 MB für 10 leistungsfreie KJ, 7 MB für 11 leistungsfreie KJ.</p> <p>527: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 u. 2 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 2 MB für 3 u. 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 u. 6 leistungsfreie KJ, 4 MB für 7 u. 8 leistungsfreie KJ, 5 MB für 9 leistungsfreie KJ, 6 MB für 10 leistungsfreie KJ, 7 MB für 11 leistungsfreie KJ.</p>	<p>A30: Die Höhe der Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt.: 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 bis 3 leistungsfreie KJ (Kalenderjahre), 1,25 MB für 4 leistungsfreie KJ, 1,5 MB für 5 leistungsfreie KJ, 1,75 MB für 6 leistungsfreie KJ, 3 MB für 7, 3,5 MB für 8 leistungsfreie KJ, 4 MB für 9 oder mehr leistungsfreie KJ.</p> <p>KSKT: Die Höhe der Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt.: 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 bis 3 leistungsfreie KJ (Kalenderjahre), 1,25 MB für 4 leistungsfreie KJ, 1,5 MB für 5 leistungsfreie KJ, 1,75 MB für 6 leistungsfreie KJ, 2 MB für 7 oder mehr leistungsfreie KJ.</p> <p>A20R: Die Höhe der Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt.: 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 bis 3 leistungsfreie KJ (Kalenderjahre), 1,25 MB für 4 leistungsfreie KJ, 1,5 MB für 5 leistungsfreie KJ, 1,75 MB für 6 leistungsfreie KJ, 3 MB für 7, 3,5 MB für 8 leistungsfreie KJ, 4 MB für 9 oder mehr leistungsfreie KJ.</p>	<p>CA 30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 1,5 MB für 2 leistungsfreie KJ, 2 MB für 3 leistungsfreie KJ, 2,5 MB für 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 leistungsfreie KJ..</p> <p>CA 120: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 1,5 MB für 2 leistungsfreie KJ, 2 MB für 3 leistungsfreie KJ, 2,5 MB für 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 leistungsfreie KJ..</p>	<p>BK20X: Es wird eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit im ambulanten- und zahnärztlichen Bereich in folgender Höhe ausgezahlt: 1 leistungsfreies Jahr = 1 Monatsbeitrag 2 leistungsfreie Jahre = 3 Monatsbeiträge 3 leistungsfreie Jahre = 4 Monatsbeiträge ab 4 leistungsfreie Jahre = 5 Monatsbeiträge. Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der eBR gelten dabei 75% des jeweils gezahlten jahresdurchschnittlichen Monatsbeitrags inkl. Zu- und Abschläge. Bei Neuabschluss wird die BRE auch anteilig für das Jahr gezahlt. Der Portabilitätsbaustein PIT wird bei der BER entsprechend berücksichtigt.</p> <p>BK30: Es wird eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit im ambulanten- und zahnärztlichen Bereich in folgender Höhe ausgezahlt: 1 leistungsfreies Jahr = 1 Monatsbeitrag 2 leistungsfreie Jahre = 3 Monatsbeiträge 3 leistungsfreie Jahre = 4 Monatsbeiträge ab 4 leistungsfreie Jahre = 5 Monatsbeiträge. Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der eBR gelten dabei 75% des jeweils gezahlten jahresdurchschnittlichen Monatsbeitrags inkl. Zu- und Abschläge. Bei Neuabschluss wird die BRE auch anteilig für das Jahr</p>

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?					
					gezahlt. Der Portabilitätsbaustein PIT wird bei der BER entsprechend berücksichtigt.
Allgemeines - sind keine Wartezeiten vorhanden?					
Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate, die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Entbindung und Psychotherapie.	Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder aus dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden, oder Personen, die mit Ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung im unmittelbaren Anschluss daran zur uniVersa wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Ein Wartezeitenerlass kann mit einer ärztlichen/zahnärztl. Untersuchung innerhalb eines Monats ab Antragstellung beantragt werden. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univera A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?</b>					
Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Optionsrecht auf Höherversicherung bei bestimmten Ereignissen vorhanden, z.B. Abschluss Ausbildung, Heirat, geburt/Adoption eines Kindes, Statuswechsel (Selbständigkeit, Verbeamtung), Beginn der Berufsausbildung ei-nes Kindes, Entsendung ins Ausland, Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Bitte weitere Bedingungen laut AVB beachten.	Keine Leistung vorhanden.	A30: Umfangreiches Tarifwechselrecht: 240 Tarifwechse lmöglichkeiten (Kombinationsmöglichkeiten), davon 222 ohne Gesundheitsprüfung. ST2/20R: Umfangreiches Tarifwechselrecht: 240 Tarifwechse lmöglichkeiten (Kombinationsmöglichkeiten), davon 222 ohne Gesundheitsprüfung. ZA 50: Umfangreiches Tarifwechselrecht: 240 Tarifwechse lmöglichkeiten (Kombinationsmöglichkeiten), davon 222 ohne Gesundheitsprüfung. ST2/30: Umfangreiches Tarifwechselrecht: 240 Tarifwechse lmöglichkeiten (Kombinationsmöglichkeiten), davon 222 ohne Gesundheitsprüfung. A20R: Umfangreiches Tarifwechselrecht: 240 Tarifwechse lmöglichkeiten (Kombinationsmöglichkeiten), davon 222 ohne Gesundheitsprüfung.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	BK20X: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung. Es kann ein seperater Optionstarif zur Höherversicherung vereinbart werden (Tarif Futura). BK30: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung. Es kann ein seperater Optionstarif zur Höherversicherung vereinbart werden (Tarif Futura).
<b>Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?</b>					
Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	Keine Leistung vorhanden.	-	Keine Leistung vorhanden.	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	-

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B SKST	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?</b>					
<p>716: Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat die Ausreise nicht möglich ist.</p> <p>719: Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat die Ausreise nicht möglich ist.</p>	<p>Unter bestimmten Umständen besteht Leistungspflicht für solche Krankheiten einschließlich Folgen &amp; für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.</p>	<p>217: Ja, die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Abs. 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.</p> <p>247: Ja, die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Abs. 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.</p> <p>527: Ja, die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Abs. 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.</p>	<p>A30: Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.</p> <p>ST2/20R: Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.</p> <p>ZA 50: Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.</p> <p>ST2/30: Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.</p> <p>A20R: Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet,</p>	<p>CA 30: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009.</p> <p>CG 320: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009.</p> <p>CG 230: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine</p>	<p>BK20X: Der Versicherer verzichtet auf die sogenannte Kriegsklausel in den Bedingungen.</p> <p>BK30: Der Versicherer verzichtet auf die sogenannte Kriegsklausel in den Bedingungen.</p> <p>BK20X: Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und als Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden, leistet der Deutsche Ring für die Aufwendungen, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben, nicht jedoch Krankenhaustagegeld.</p> <p>Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.</p> <p>BK30: Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und als Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden, leistet der Deutsche Ring für die Aufwendungen, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben, nicht jedoch Krankenhaustagegeld.</p> <p>Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse</p>

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universon A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?					
			die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.	Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009. CA 120: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009.	verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - ist vertraglich garantiert, dass bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?</b>					
<p>716: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p> <p>719: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2008 (Versicherungspflicht in der GKV) Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.</p>	<p>Bei Kündigungen nach Teil I Abs. 3 (Versicherungspflicht in der GKV) besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.</p>	<p>Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.</p>	<p>CA 30: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p> <p>CA 120: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>BK20X: Der Deutsche Ring verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfangs nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.</p> <p>BK30: Der Deutsche Ring verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfangs nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.</p>



Allgemeine Leistungspunkte					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - erfolgt in den Bedingungen eine Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?</b>					
<p>716: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p> <p>719: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>A30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p> <p>A20R: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>CA 30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p> <p>CA 120: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>BK20X: Ja, werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.</p> <p>BK30: Ja, werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.</p>

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?</b>					
716: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. 719: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	A30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. A20R: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	CA 30: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. CA 120: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	BK20X: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. BK30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
<b>Selbstbeteiligung - gilt die Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich?</b>					
716: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. 719: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	A30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. A20R: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	CA 30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. CA 120: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	BK20X: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. BK30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
<b>Selbstbeteiligung - ist die Selbstbeteiligung für Kinder reduziert?</b>					
716: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. 719: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	A30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. A20R: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	CA 30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. CA 120: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	BK20X: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. BK30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
<b>Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattungsfähig?</b>					
716: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. 719: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	A30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. A20R: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	CA 30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. CA 120: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	BK20X: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. BK30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?</b>					
716: Kein Haus- oder Primärarztprinzip vorhanden. 719: Kein Haus- oder Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	A30: Kein Primärarztprinzip vorhanden. A20R: Kein Primärarztprinzip vorhanden.	CA 30: Kein Primärarztprinzip vorhanden. CA 120: Kein Primärarztprinzip vorhanden.	BK20X: Kein Primärarztprinzip vorhanden. BK30: Kein Primärarztprinzip vorhanden.
<b>Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?</b>					
716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	A30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. A20R: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	CA 30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. CA 120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	BK20X: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. BK30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
<b>Verzichtet der Versicherer bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?</b>					
716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	A30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. A20R: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	CA 30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. CA 120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	BK20X: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. BK30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
<b>Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?</b>					
716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	A30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. A20R: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	CA 30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. CA 120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	BK20X: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. BK30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?</b>					
716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	A30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. A20R: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	CA 30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. CA 120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	BK20X: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. BK30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
<b>GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?</b>					
716: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. 719: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	A30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. A20R: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	CA 30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. CA 120: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	BK20X: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. BK30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
<b>GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?</b>					
716: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. 719: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	A30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. A20R: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	CA 30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. CA 120: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	BK20X: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. BK30: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B SKST	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>GOÄ ambulant - erstattet der Versicherer z.B.bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?</b>					
716: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 719: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	A30: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ. Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten verteilt sich dann nach den im jeweiligen Landes für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen. A20R: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	CA 30: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). CA 120: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen.	-
<b>Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?</b>					
Die Leistung ist vorhanden.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	277: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. 217: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	A30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. A20R: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	CA 30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. CA 120: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	BK20X: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. BE: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. BK30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?</b>					
716: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. 719: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	A30: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. A20R: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	CA 30: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. BEa 50: Erstattungsfähig sind die unter Anrechnung beihilfefähiger Anteile verbleibenden Aufwendungen für Heilpraktikerbehandlungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 € pro Kalenderjahr. CA 120: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	BK20X: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. BK30: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.
<b>Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?</b>					
716: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. 719: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	A30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. A20R: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	CA 30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. CA 120: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	BK20X: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. BK30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?					
Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	Geleistet wird im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Heilbehandler andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann wird auch dafür geleistet, wenn sich diese Methoden oder Arzneimittel nach statistischen Methoden als erfolgsversprechend erwiesen haben (bei unheilbaren Krankheiten auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht).	Laut Tarifprospekt sind folgende Heilmethoden erstattungsfähig: klinische Homöopathie, Komplexhomöopathie, klassische Homöopathie, potenzierte arzneiliche Lösungen aus sogenannten veraschten Pflanzenextrakten, Nosoden, anthroposophische Medizin, Pflanzenheilkunde, Akupunktur, Neuraltherapie, Enzymtherapie, Osteopathie. Die angeführten bewährten Heilverfahren werden bei medizinischer Notwendigkeit von der ARAG Krankenversicherung erstattet.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	CA 30: Leistung erfolgt prinzipiell bei folgenden Verfahren bzw. Präparaten: Homöopathie (in Reinform), homöopathische Medikamente, Präparate der Anthroposophie, Präparate der Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur (zur Schmerzbehandlung). Ferner wird für alle echten Naturheilverfahren wie Bewegungstherapie, Hydrotherapie, Atemwegtherapie, Klimatherapie, Ernährungstherapie, balneologische Behandlungsformen, Anwendung von Luft, Wasser und Kälte geleistet.  Gibt es – wie insbesondere bei Krebs, Multipler Sklerose oder Aids – noch keine wissenschaftlich begründete Behandlungsform mit ausreichender Wirksamkeit, führen auch andere Verfahren der alternativen Medizin zu einem Leistungsanspruch. CA 120: Leistung erfolgt prinzipiell bei folgenden Verfahren bzw. Präparaten: Homöopathie (in Reinform), homöopathische Medikamente, Präparate der Anthroposophie, Präparate der Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur (zur Schmerzbehandlung). Ferner wird für alle echten Naturheilverfahren wie Bewegungstherapie, Hydrotherapie, Atemwegtherapie, Klimatherapie, Ernährungstherapie, balneologische Behandlungsformen, Anwendung	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?</b>					
				von Luft, Wasser und Kälte geleistet.  Gibt es – wie insbesondere bei Krebs, Multipler Sklerose oder Aids – noch keine wissenschaftlich begründete Behandlungsform mit ausreichender Wirksamkeit, führen auch andere Verfahren der alternativen Medizin zu einem Leistungsanspruch.	
<b>Heilpraktiker - sind Heilpraktikerleistungen mind. bis zum Höchstsatz GebüH. erstattungsfähig?</b>					
716: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig. 719: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig. BS 50-NT: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen, vergleichbare Honorare sind bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig.	CA 30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig. CA 120: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	BK20X: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig. BK30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig.



Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 797 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?</b>					
<p>716: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Zu den gezielten Vorsorgeuntersuchungen zählen auch die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 - 29 GOÄ berechnet werden.</p> <p>719: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Zu den gezielten Vorsorgeuntersuchungen zählen auch die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 - 29 GOÄ berechnet werden.</p>	<p>Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Für Vorsorgeuntersuchungen in Diagnostikzentren kann der Versicherer nach vorheriger schriftlicher Zustimmung Zuschüsse gewähren.</p>	<p>277: Gezielte ambulante Vorsorgemaßnahmen sowie Schutzimpfungen sind auch erstattungsfähig, wenn die Tarife der Grundabsicherung und/oder die Beihilfavorschriften keine Kostenerstattung zulassen.</p> <p>217: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.</p>	<p>A30: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Vorsorgemaßnahmen sind bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) MB/KK 94 übersteigen.</p> <p>A20R: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Vorsorgemaßnahmen sind bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) MB/KK 94 übersteigen.</p>	<p>CA 30: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.</p> <p>CA 120: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.</p>	<p>BK20X: Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung. Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen(einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Deutsche Ring, wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat.</p> <p>BK30: Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung. Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen(einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Deutsche Ring, wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat.</p>

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?</b>					
<p>716: Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sowie die entsprechenden Impfstoffe mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Impfungen aufgrund beruflich bedingter Risiken.</p> <p>719: Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sowie die entsprechenden Impfstoffe mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Impfungen aufgrund beruflich bedingter Risiken.</p>	<p>Ja, der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.</p>	<p>Als Versicherungsfall gelten auch über den gesetzlichen Rahmen hinausgehende Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff (auch als Prophylaxe für Auslandsreisen).</p>	<p>A30: Schutzimpfungen sind bei medizinischer Notwendigkeit (z.B. Gripeschutzimpfungen, Scharlach, Diphtherie) oder im Rahmen der Vorsorgemaßnahmen (z.B. Schutzimpfungen gg. Zecken, Tropenkrankheiten, Virushepatitis) alle 2 Jahre bis zu 500,- € erstattungsfähig.</p> <p>A20R: Schutzimpfungen sind bei medizinischer Notwendigkeit (z.B. Gripeschutzimpfungen, Scharlach, Diphtherie) oder im Rahmen der Vorsorgemaßnahmen (z.B. Schutzimpfungen gg. Zecken, Tropenkrankheiten, Virushepatitis) alle 2 Jahre bis zu 500,- € erstattungsfähig.</p>	<p>CA 30: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.</p> <p>CA 120: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.</p>	<p>BK20X: Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen</p> <p>BE: Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen</p> <p>BK30: Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen</p>

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Heilmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?</b>					
716: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. 719: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 50% erstattet, wenn diese über den Versicherer bezogen werden.	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	A30: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet. A20R: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	CA 30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. CA 120: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	BK20X: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. PIT50: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet. BK30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
<b>Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)</b>					
716: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. 719: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	A30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. A20R: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	CA 30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. CA 120: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	BK20X: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. PIT50: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. BK30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
<b>Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?</b>					
716: Keine unüblichen Beschränkungen. 719: Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	A30: Keine unüblichen Beschränkungen. A20R: Keine unüblichen Beschränkungen.	CA 30: Keine unüblichen Beschränkungen. CA 120: Keine unüblichen Beschränkungen.	BK20X: Keine unüblichen Beschränkungen. BK30: Keine unüblichen Beschränkungen.
<b>Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?</b>					
716: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. 719: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	A30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. A20R: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	BK20X: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. BK30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Heilmittel - ist Logopädie durch Logopäden erstattungsfähig?</b>					
716: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden. 719: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	A30: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig. A20R: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	CA 30: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig. CA 120: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	BK20X: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig. BK30: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
<b>Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?</b>					
716: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. 719: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	A30: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. A20R: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	CA 30: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. CA 120: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	BK20X: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. BK30: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?</b>					
716: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. 719: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn diese über den Versicherer bezogen werden.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	A30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. A20R: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	CA 30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. CA 120: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	BK20X: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. PIT50: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet. BK30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)					
716: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. 719: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an, sofern diese über den Versicherer bezogen werden.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	A30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. A20R: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	CA 30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. CA 120: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	BK20X: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. PIT50: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. BK30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?					
Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Als Hilfsmittel gelten..."	BN1/2 50-N: Ja, der Versicherer erstattet in den Tarifen mit der Bezeichnung BN1 oder BN2 die nach Anrechnung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers verbleibenden Aufwendungen für Hilfsmittel in allgemein gebräuchlicher Ausführung entsprechend der gültigen Beihilfevorschrift. BS 50-NT: Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel..."	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Haupttarif verbleibenden Kosten mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung. 217: Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel (Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro, Kontaktlinsen, orthopädische Schuheinlagen..."	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "In einjährigen Abständen andere Hilfsmittel. Dies sind:...". Im Bereich der lebenserhaltenden Hilfsmittel kann der Katalog als offen angesehen werden: "Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann."	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Es besteht Versicherungsschutz für folgende medizinische Hilfsmittel: ...". Im Bereich der lebenserhaltenen Hilfsmittel ist der Hilfsmittelkatalog nicht als geschlossen anzusehen.	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Folgende Hilfsmittel ..."

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?</b>					
716: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. 719: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	BN1/2 50-N: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. BS 50-NT: Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.	Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	A30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. A20R: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	CA 30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. BEa 50: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. CA 120: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	PIT50: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. BK30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
<b>Hilfsmittel - ist mind die "normale" Ausführung erstattungsfähig?</b>					
716: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. 719: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	A30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. A20R: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	CA 30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. CA 120: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	BK20X: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. BK30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.
<b>Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?</b>					
716: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig. 719: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.	Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	A30: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig. A20R: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	CA 30: Erstattet werden auch Aufwendungen für die Reparatur von o.g. Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen. CA 120: Erstattet werden auch Aufwendungen für die Reparatur von o.g. Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.	BK20X: Reparaturen von lebenserhaltenden Hilfsmitteln sind erstattungsfähig. BK30: Reparaturen von lebenserhaltenden Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Hilfsmittel - bestehen keine Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?</b>					
716: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. 719: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	A30: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. A20R: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	CA 30: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. nach Möglichkeit werden jedoch vom Versicherer Hilfsmittel leihweise überlassen. CA 120: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. nach Möglichkeit werden jedoch vom Versicherer Hilfsmittel leihweise überlassen.	BK20X: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. BK30: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Atemmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?</b>					
716: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig. 719: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig. BS 50-NT: Überwachungsmonitore sind nur für Säuglinge erstattungsfähig.	277: Atemmonitore sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig. 217: Atemmonitore sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	A30: Atemmonitore sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge ist jedoch erstattungsfähig. A20R: Atemmonitore sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge ist jedoch erstattungsfähig.	CA 30: Atemmonitore sind erstattungsfähig. CA 120: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	BK20X: Atemmonitore sind erstattungsfähig. BK30: Atemmonitore sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Hilfsmittel - sind die Kosten für Herzmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?					
716: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig. 719: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig. BS 50-NT: Überwachungsmonitore sind nur für Säuglinge erstattungsfähig.	277: Herzmonitore sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. 217: Herzmonitore sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	A30: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Herzmonitore vor. Herzmonitore sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge ist jedoch erstattungsfähig. A20R: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Herzmonitore vor. Herzmonitore sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge ist jedoch erstattungsfähig.	CA 30: Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig. CA 120: Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.	BK20X: Herzmonitore sind erstattungsfähig. BK30: Herzmonitore sind erstattungsfähig.



<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Beatmungsgeräte (Heimgerät) erstattungsfähig?</b>					
716: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. 719: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung ist erstattungsfähig. BS 50-NT: Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung ist erstattungsfähig.	277: Beatmungsgeräte sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig. 217: Beatmungsgeräte sind nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	A30: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Beatmungsgeräte vor. Beatmungsgeräte sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann. A20R: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Beatmungsgeräte vor. Beatmungsgeräte sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann.	CA 30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. CA 120: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	BK20X: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. BK30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?</b>					
716: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. 719: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. BS 50-NT: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	277: Heimdialysegeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. 217: Heimdialysegeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	A30: Kosten für Heimdialysegeräte nach Nierenversagen sind erstattungsfähig. A20R: Kosten für Heimdialysegeräte nach Nierenversagen sind erstattungsfähig.	CA 30: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor. Anmerkung des Versicherers: Im Rahmen der Einzelfallprüfung können Miete und Sachkosten für Heimdialyse übernommen werden. CA 120: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor. Anmerkung des Versicherers: Im Rahmen der Einzelfallprüfung können Miete und Sachkosten für Heimdialyse übernommen werden.	BK20X: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. BK30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</b>					
Elektrisch betriebene Krankenfahrstühle sind bis zum erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1500 EUR) erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. BS 50-NT: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	277: Die Kosten für Krankenfahrstühle werden in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung erstattet; es ist ein ärztliches Attest mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität vorzulegen. 217: Die Kosten für Krankenfahrstühle werden in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung erstattet; es ist ein ärztliches Attest mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität vorzulegen.	A30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. A20R: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	CA 30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. CA 120: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	BK20X: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. BK30: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?</b>					
716: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. 719: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	277: Hörgeräte sind erstattungsfähig. Sprechgeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. 217: Hörgeräte sind erstattungsfähig. Sprechgeräte sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	A30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. A20R: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	CA 30: Hörgeräte, künstliche Kehlköpfe und Kommunikationshilfe (Sprachausgabegeräte) sind erstattungsfähig. CA 120: Hörgeräte, künstliche Kehlköpfe und Kommunikationshilfe (Sprachausgabegeräte) sind erstattungsfähig.	BK20X: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. BK30: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?</b>					
716: Orthopädische Maßschuhe sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 EUR je Versicherungsjahr erstattungsfähig sowie orthopädische Schuhzurichtungen. 719: Orthopädische Maßschuhe sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 EUR je Versicherungsjahr erstattungsfähig sowie orthopädische Schuhzurichtungen.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	277: Orthopädische Schuheinlagen sind erstattungsfähig. Für orthopädische Schuhe wird der Mehraufwand im Vergleich zu Konfektionsschuhen erstattet. 217: Orthopädische Schuheinlagen sind erstattungsfähig. Für orthopädische Schuhe wird der Mehraufwand im Vergleich zu Konfektionsschuhen erstattet.	A30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. A20R: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	CA 30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. CA 120: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	BK20X: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. BK30: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?</b>					
716: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig. 719: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig. BS 50-NT: Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - ist erstattungsfähig.	Blindenhunde sind nicht erstattungsfähig.	A30: Blindenhunde sind erstattungsfähig. A20R: Blindenhunde sind erstattungsfähig.	CA 30: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig. CA 120: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	BK20X: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung) sind erstattungsfähig. BK30: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung) sind erstattungsfähig.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?</b>					
716: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR erstattungsfähig. 719: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR erstattungsfähig.	Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 Euro brutto erstattungsfähig.	Blindenlese-/Vorlesegeräte sind nicht erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor. Laut Versichererinformation wird bei medizinischer Notwendigkeit die Erstattung geprüft.	CA 30: Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig. CA 120: Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?</b>					
716: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	BN1/2 50-N: Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. BS 50-NT: Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	277: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. 217: Körperersatzstücke sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig Prothesen.	A30: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. A20R: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	CA 30: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. CA 120: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	BK20X: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. BK30: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
<b>Hilfsmittel - sind Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)</b>					
716: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. 719: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	A30: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. A20R: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	CA 30: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. CA 120: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	PIT50: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. BK30: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.
<b>Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)</b>					
716: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig. 719: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate.	A30: Ja, erstattungsfähig sind orthopädische Stützapparate. A20R: Ja, erstattungsfähig sind orthopädische Stützapparate.	CA 30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig. CA 120: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	PIT50: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate. BK30: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.
<b>Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?</b>					
716: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig. 719: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Kunstaugen sind erstattungsfähig.	277: Kunstaugen sind erstattungsfähig. 217: Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Kunstaugen vor.	A30: Kunstaugen sind erstattungsfähig. A20R: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	CA 30: Kunstaugen sind erstattungsfähig. CA 120: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	BK20X: Kunstaugen sind erstattungsfähig. BK30: Kunstaugen sind erstattungsfähig.

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Sehhilfen - erstattungsfähig?</b>					
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)					
<p>716: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</p> <p>719: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</p> <p><b>Hinweis:</b> 716: <b>Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</b></p> <p>719: <b>Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.</b></p>	<p>Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt:</p> <p>a) Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600,00 Euro gezahlt,</p> <p>b) Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700,00 Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000,00 Euro gezahlt.</p>	<p>277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Haupttarif verbleibenden Kosten (Brillengestelle bis max. 105,- €).</p> <p>217: Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro. Brillengläser u. Kontaktlinsen, auch entspiegelte, getönte oder Colormatic-Gläser, werden bis zu 100% erstattet. Leistungen ohne jährliche Begrenzung nach ärztlicher Verordnung bei medizinischer Notwendigkeit.</p>	<p>A30: Brillengestelle sind bis zu 125,- €, Brillengläser bis zu 155,- € (Einstärkengläser) bzw. bis zu 310,- € (Mehrstärkengläser) erstattungsfähig. Bei medizinischer Notwendigkeit ist eine höhere Erstattung möglich. Kontaktlinsen sind in einjährigen Abständen ab 4 Dioptrien, 2 Dioptrien Korrekturdifferenz oder Erkrankung der Augen erstattungsfähig.</p> <p>A20R: Brillengestelle sind bis zu 125,- €, Brillengläser bis zu 155,- € (Einstärkengläser) bzw. bis zu 310,- € (Mehrstärkengläser) erstattungsfähig. Bei medizinischer Notwendigkeit ist eine höhere Erstattung möglich. Kontaktlinsen sind in einjährigen Abständen ab 4 Dioptrien, 2 Dioptrien Korrekturdifferenz oder Erkrankung der Augen erstattungsfähig.</p>	<p>CA 30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung - jedoch nicht in Luxusausführung - erstattungsfähig.</p> <p>BEa 50: Erstattungsfähig ist der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, jedoch nicht mehr als 100 €.</p> <p>Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.</p> <p>CA 120: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung - jedoch nicht in Luxusausführung - erstattungsfähig.</p>	<p>BK20X: Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen, Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert) Brillen (hierzu gehören nicht: Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) sind nur erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens 2 Jahre vergangen sind oder sich die Gläserstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.</p> <p>BE: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 125 €.</p> <p>BK30: Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen, Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert) Brillen (hierzu gehören nicht: Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) sind nur erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens 2 Jahre vergangen sind oder sich die Gläserstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.</p>

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)					
					Hinweis: BK20X: Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig. BK30: Kontaktlinsen sind nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien erstattungsfähig.
Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?					
716: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. 719: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe.	277: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. 217: Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach 1 Jahr seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 1 Jahr entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mind. 0,5 Dioptrien.	A30: Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe, Verlust o. Zerstörung. A20R: Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe, Verlust o. Zerstörung.	CA 30: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. CA 120: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	BK20X: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig oder wenn sich die Gläserstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. BK30: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig oder wenn sich die Gläserstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.
Psychotherapie - erstattungsfähig?					
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?</b>					
716: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. 719: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Ohne vorherige Genehmigung sind bis zu 50 Sitzungen pro Jahr erstattungsfähig. darüber hinaus nur nach Zustimmung des Versicherers.	A30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. A20R: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	CA 30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. CA 120: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	BK20X: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig bis max. 30 Sitzungen p.a. BK30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig bis max. 30 Sitzungen p.a.
<b>Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?</b>					
716: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. Ärzten gemäß § 4 Teil I Abs. 2 gleichgestellt sind in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten. Dies gilt entsprechend für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 719: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. Ärzten gemäß § 4 Teil I Abs. 2 gleichgestellt sind in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten. Dies gilt entsprechend für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.	Ja, der Versicherer erstattet auch die Aufwendungen für Psychotherapie, soweit sie von einem niedergelassenen Arzt, einem approbierten Psychologischen Psychotherapeuten, einem approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind, durchgeführt oder von einem niedergelassenen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse verordnet und überwacht wird.	Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig (wenn sie von einem approbierten und niedergelassenen Arzt durchgeführt oder einem fachkundigen Behandler delegiert und überwacht bzw. von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird).	Psychotherapie ist im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.  <b>Hinweis:</b> <b>Psychotherapie ist im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</b>	CA 30: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig, jedoch nur nach vorheriger schriftl. Zusage durch den Versicherer. CA 120: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig, jedoch nur nach vorheriger schriftl. Zusage durch den Versicherer.	BK20X: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. BK30: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.



Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?</b>					
716: Keine unüblichen Einschränkungen. 719: Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.	A30: Keine unüblichen Einschränkungen. A20R: Keine unüblichen Einschränkungen.	CA 30: Keine unüblichen Einschränkungen. CA 120: Keine unüblichen Einschränkungen.	BK20X: Keine unüblichen Einschränkungen. BK30: Keine unüblichen Einschränkungen.
<b>Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?</b>					
716: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze. 719: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze.	Der Versicherer erstattet die Aufwendungen analog des versicherten Prozentsatzes: Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu 100% für die 1. bis zur 30. Sitzung, 80% für die 31. bis zur 60. Sitzung, 70% ab der 61. Sitzung erstattet.	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Haupttarif verbleibenden Kosten. 217: Es sind max. 50 psychotherapeutische Sitzungen pro Jahr erstattungsfähig. Darüber hinaus nur nach vorheriger Zusage des Versicherers.	A30: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. A20R: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	CA 30: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. CA 120: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	BK20X: Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. BE: Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig (verbleibende Kosten nach Anrechnung der Leistungen nach öffentlich- rechtlichen Beihilfavorschriften und der Versicherungsleistungen nach den Tarifen BK und BS). BK30: Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?</b>					
716: Erstattungsfähig sind Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt. 719: Erstattungsfähig sind Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt.	Erstattungsfähig sind Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	Krankenfahrten und -transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit, wobei diese nicht auf orthopädische Erkrankungen beschränkt ist, sind erstattungsfähig.	A30: Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus. A20R: Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.	CA 30: Erstattungsfähig sind Fahrten zum und vom nächsterreichbaren zuständigen Arzt bei Gehunfähigkeit. Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren Arzt. CA 120: Erstattungsfähig sind Fahrten zum und vom nächsterreichbaren zuständigen Arzt bei Gehunfähigkeit. Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren Arzt.	BK20X: Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit. BE: Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit. BK30: Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.
<b>Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit erstattungsfähig?</b>					
716: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt. 719: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.	CA 30: Fahrten und Transporte (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig. CA 120: Fahrten und Transporte (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	-

<b>Leistungspunkte Ambulant</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?</b>					
716: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. 719: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	A30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. A20R: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	CA 30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. CA 120: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	BK20X: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. BK30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Arznei-/Verbandmittel - sind Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?</b>					
<p>716: Ja, als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.</p> <p>719: Ja, als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.</p>	Nähr-, Stärkungs- und Desinfektionsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine, Mineralwässer und Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel. Die enterale Ernährung ist im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erstattungsfähig.	Nähr- und Stärkungsmittel sind im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen erstattungsfähig.	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig.	<p>CA 30: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.</p> <p>CA 120: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.</p>	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung bei liegender Sonde (enterale Ernährung) sind jedoch erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?</b>					
<p>716: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p> <p>719: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>A30: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p> <p>A20R: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>CA 30: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p> <p>CA 120: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>BK20X: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p> <p>BK30: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?</b>					
Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer.	<p>BK20X: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>BS20X: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>BE: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind dann erstattungsfähig, wenn im Grundtarif Wahlleistungen (Wahlarzt und 2-Bettzimmer) versichert sind.</p> <p>BS30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>BK30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.</p> <p><b>Hinweis:</b> <b>BE:</b> <b>Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind dann erstattungsfähig, wenn im Grundtarif Wahlleistungen (Wahlarzt und 2-Bettzimmer) versichert sind.</b></p>

<b>Leistungspunkte Stationär</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 2-Bettzimmer erstattungsfähig?</b>					
976: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. 979: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. 799: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. 756: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	ST2/20R: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. ST2/30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	CG 320: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. CG 230: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	BK20X: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. BS20X: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. BS30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. BK30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
<b>Krankenhaus - sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig?</b>					
976: Gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. 979: Gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. 799: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. 756: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig.	B3 50-NT: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. BW2 50-NT: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	ST2/20R: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. ST2/30: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	CG 320: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. CG 230: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	BK20X: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. BS20X: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. BS30: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. BK30: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig.

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
GOÄ stationär - leistet der Tarif bis zum Höchstsatz der GOÄ?					
799: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig. 756: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig.	B3 50-NT: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. BW2 50-NT: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	ST2/20R: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. ST2/30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	CSR 30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. CSR 120: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. CG 320: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. CG 230: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	BK20X: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. BS20X: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. BS30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. BK30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.



Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?</b>					
<p>976: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>979: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>799: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig.</p> <p>756: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig.</p>	<p>Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>	<p>Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>	<p>ST2/20R: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>ST2/30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>	<p>CSR 30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>CSR 120: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>CG 320: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>BEa 50: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, soweit sie die Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte übersteigen.</p> <p>CG 230: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>	<p>BK20X: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>BS20X: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>BS30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>BK30: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>GOÄ stationär - erstattet der Versicherer z.B.bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?</b>					
799: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 756: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	B3 50-NT: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). BW2 50-NT: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	ST2/20R: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). ST2/30: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	CSR 30: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). CSR 120: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-

<b>Leistungspunkte Stationär</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?</b>					
799: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig. 756: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	B3 50-NT: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. BWE-N: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. BW2 50-NT: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig.	Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig.	-	Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig.(Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	PIT50: Ja, es wird für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden. BK30: Ja, es wird für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden.
<b>Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</b>					
Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig (unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung).	Ja, Anschlussheilbehandlungen in gemischten Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftl. Zusage bei bestimmten Erkrankungen (Herztransplantationen, Bypassoperationen, akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperationen, Gelenkersatzoperationen, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall),schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen), erstattungsfähig, wenn diese innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung.	Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind nicht bei bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	BK20X: Für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) wird auch ohne Beschränkung auf bestimmte Diagnose geleistet (ggf. weitere Voraussetzungen beachten). BK30: Für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) wird auch ohne Beschränkung auf bestimmte Diagnose geleistet (ggf. weitere Voraussetzungen beachten).

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</b>					
Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig (unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung).	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorheriger schriftl. Zusage nur bei bestimmten Erkrankungen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	BK20X: Ja, es wird abweichend von §4 Absatz 5 MB/KK 2008 für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden. BS20X: Ja, es wird abweichend von §4 Absatz 5 MB/KK 2008 für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden. BS30: Ja, es wird abweichend von §4 Absatz 5 MB/KK 2008 für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden. BK30: Ja, es wird abweichend von §4 Absatz 5 MB/KK 2008 für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen(AHB ) geleistet, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden.

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Univera A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B BSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?					
<p>799: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>756: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>Erstattungsfähig sind Krankenfahrten und -transporte bis 100 km Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.</p>	<p>A30: Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.</p> <p>ST2/20R: Erstattungsfähig sind Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).</p> <p>ST2/30: Erstattungsfähig sind Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).</p> <p>A20R: Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.</p>	<p>CSR 30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>CSR 120: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>CG 320: Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>CG 230: Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>BK20X: Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).</p> <p>BK30: Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).</p>

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?</b>					
<p>976: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 9,- € (Kinder 4,50 €) pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 6,- € (Kinder 3,- €) gezahlt.</p> <p>979: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 6,- € (Kinder 3,- €) pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 4,- € (Kinder 2,- €) gezahlt.</p>	<p>Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden prozentual (laut versichertem Erstattungssatz) von 22,50 € pro Tag gezahlt, bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag prozentual von 38,25 €.</p>	<p>Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 5,60 € gezahlt (Kinder 2,40 €).</p>	<p>ST2/20R: Anteil je nach versichertem Prozentsatz: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 20,- € (Frauen 30,- €) pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 30,- € gezahlt.</p> <p>ST2/30: Anteil je nach versichertem Prozentsatz: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 20,- € (Frauen 30,- €) pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 30,- € gezahlt.</p>	<p>CG 320: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 26,00 € gezahlt, bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung werden 13,00 € pro Tag gezahlt.</p> <p>CG 230: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 26,00 € gezahlt, bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung werden 13,00 € pro Tag gezahlt.</p>	<p>BK20X: Krankenhaustagegeld anstelle Kostenersatz: Wird keine stationären Leistungen in Anspruch genommen, zahlt der Tarif folgendes Krankenhaustagegeld: 12,40 €.</p> <p>BS20X: Die nachstehende Euro-Beträge gelten bei bei einem versicherten Prozentsatz von 100% und werden je nach Stufe anteilig geleistet: Wurde kein Honorar für privatärztliche Behandlung berechnet, so werden statt dessen 30 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt. Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch kein Honorar für privatärztliche Behandlung berechnet, so werden statt dessen 60 € gezahlt.</p> <p>BE: Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Einbettzimmer berechnet, zahlt der Deutsche Ring je Tag des Krankenhausaufenthaltes 16,- EUR.</p> <p>BS30: Die nachstehende Euro-Beträge gelten bei bei einem versicherten Prozentsatz von 100% und werden je nach Stufe anteilig geleistet: Wurde kein Honorar für privatärztliche Behandlung berechnet, so werden statt dessen 30 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt. Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch kein Honorar für privatärztliche</p>

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?</b>					
					Behandlung berechnet, so werden statt dessen 60 € gezahlt. BK30: Krankenhaustagegeld anstelle Kostenersatz: Wird keine stationären Leistungen in Anspruch genommen, zahlt der Tarif folgendes Krankenhaustagegeld: 18,60 €
<b>Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtz. Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes?</b>					
799: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. 756: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	ST2/20R: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. ST2/30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	CSR 30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. CSR 120: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. CG 320: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. CG 230: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	BK20X: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. BK30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B BSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?</b>					
<p>799: Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen auch erbracht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird, weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden.</p> <p>756: Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen auch erbracht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird, weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige</p>	<p>Gemischte Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftl. Zusage des VR erstattungsfähig, wenn es sich um eine Notfallweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war o. abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert oder bis zu 30 Tage im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung aufgrund bestimmter Erkrankungen (Einschränkungen der AVB sind zu beachten).</p>	<p>In Abweichung von Teil I Abs. 5 Satz 1 MBKK gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfallweisung handelte, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.</p>	<p>ST2/20R: Abweichend von § 4 (5) MBKK kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn es sich um eine Notfallweisung handelte, oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.</p> <p>ST2/30: Abweichend von § 4 (5) MBKK kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn es sich um eine Notfallweisung handelte, oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.</p>	<p>CSR 30: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.</p> <p>CSR 120: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.</p> <p>CG 320: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.</p> <p>CG 230: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5)</p>	<p>BK20X: Ja, der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten; b) medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; c) es sich um eine Notfallweisung handelte; d) die Krankenanstalt das einzige</p> <p>BK30: Ja, der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn: a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten; b) medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; c) es sich um eine Notfallweisung handelte; d) die Krankenanstalt das einzige</p>



Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?</b>					
Operationen durchgeführt werden.				MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.	Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war; e) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
<b>Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?</b>					
799: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. 756: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	B3 50-NT: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. BWE-N: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig BW2 50-NT: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	ST2/20R: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig ST2/30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	CSR 30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. CSR 120: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig. CG 320: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig CG 230: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	BK20X: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig BS20X: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig BS30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig BK30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig

Leistungspunkte Stationär					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?</b>					
<p>799: Es sind die Kosten für die erste stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Beginn der Versicherung 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zur Dauer eines Aufenthaltes von 8 Wochen erstattungsfähig. Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer.</p> <p>756: Es sind die Kosten für die erste stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Beginn der Versicherung 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zur Dauer eines Aufenthaltes von 8 Wochen erstattungsfähig. Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer.</p>	<p>Entziehungsmaßnahmen. Bei erstmaliger stationärer Entziehung beteiligen wir uns an den Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen, d.h. den Behandlungskosten, ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer und ohne Inanspruchnahme eines Privatarztes, zu 80%.</p>	<p>Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen. Kosten für Entgiftungsmaßnahmen sind erstattungsfähig.</p>	<p>Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.</p>	<p>CSR 30: Hat die versicherte Person keinen anderw. Anspruch auf Kostenerstattung/Sachleistung, werden bei der 1. stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme Kosten übernommen, wenn der VR dies vor Beginn der Maßnahme schriftl. zugesagt hat.</p> <p>CSR 120: Hat die versicherte Person keinen anderw. Anspruch auf Kostenerstattung/Sachleistung, werden bei der 1. stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme Kosten übernommen, wenn der VR dies vor Beginn der Maßnahme schriftl. zugesagt hat.</p> <p>CG 320: Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat.</p> <p>CG 230: Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat.</p>	<p>Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.</p>

Leistungspunkte Zahn					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)					
786: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig. 789: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für zahnärztliche Heilhandlungen. 527: Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.	CZ 120: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig. CZ 30: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig.	BK20X: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig. BE: Nach Anrechnung der Leistungen nach öffentlich- rechtlichen Beihilfavorschriften und der Versicherungsleistungen nach den Tarifen BK und BS ist Zahnbehandlung zu 100% erstattungsfähig. BK30: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig.

Leistungspunkte Zahn					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)					
786: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig. 789: Zahnersatz ist zu 20% erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: erstattungsfähig sind gesondert berechnungsfähige zahn technische Material- und Laborkosten, soweit diese die im Preisverzeichnis des Versicherers angegebenen Rechnungshöchstbeträge nicht übersteigen. Erstattungsfähig sind nur die Aufwendungen, für die ein Leistungsanspruch nach Tarif Vision B besteht. Während der Geltung der in Tarif Vision B vereinbarten Zahnstaffel werden Aufwendungen nur bis zu den dort genannten Rechnungsbeträgen erstattet (vgl. § 4a (5.2) der AVB für den Tarif Vision B). BZ 50-N: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für zahnärztliche Zahnersatz (z. B. große Brücken). Eine Vorleistung der Beihilfe ist nicht erforderlich. 527: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.	BZ 50: Erstattungsfähig sind die besonders berechneten zahn technischen Material- und Laborkosten, die bei Zahnersatz notwendig werden. Zu Zahnersatz gehören prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbißbehelfe und Schienen. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für solche Versorgungsarten, für die die Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes generell keine Beihilfeleistungen vorsehen. ZA 50: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.	CZ 120: Zahnersatz ist zu 20% erstattungsfähig. BEa 50: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahn technische Material- und Laborkosten bei Zahnersatz bis zu den im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahn technische Leistungen genannten Preisen - zu 60% in Tarifstufe BEa - zu 40% in Tarifstufe BEb Es gelten nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge (ausgenommen Unfälle), aus denen die Leistung erbracht wird: insgesamt 1.000 € im 1. Kalenderjahr, 2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr, 3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr, 4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr, 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr, 5.000 € jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.  CZ 30: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig.	BK20X: Zahnersatz ist zu 20% erstattungsfähig. Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert. BE: Nach Anrechnung der Leistungen nach öffentlich- rechtlichen Beihilfavorschriften und der Versicherungsleistungen nach den Tarifen BK und BS ist Zahnersatz zu 60% erstattungsfähig. BK30: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig. Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Leistungspunkte Zahn					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B BSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)</b>					
786: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig. 789: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.	277: Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für zahnärztliche Heilhandlungen. 527: Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.	CZ 120: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig. CZ 30: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig.	BK20X: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig. BE: Nach Anrechnung der Leistungen nach öffentlich- rechtlichen Beihilfavorschriften und der Versicherungsleistungen nach den Tarifen BK und BS ist ZKieferorthopädie zu 60% erstattungsfähig. BK30: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig.
<b>Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?</b>					
786: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. 789: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	CZ 120: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. CZ 30: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	BK20X: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. BK30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
<b>GOZ Zahn - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?</b>					
786: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. 789: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	CZ 120: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. CZ 30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	BK20X: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. BK30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.

Leistungspunkte Zahn					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
GOZ Zahn - der Tarif auch über den Höchstsatz der GOZ?					
Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	CZ 120: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. CZ 30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	BK20X: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. BK30: Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
GOZ Zahn - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?					
786: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 789: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	CZ 120: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). CZ 30: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-
Zahn - ist kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?					
786: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. 789: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	CZ 120: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. CZ 30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	BK20X: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. BK30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.

Leistungspunkte Zahn					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</b>					
<p>786: Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt 1.050 € im 1. und 2. Versicherungsjahr, unbegrenzt ab dem 3. Versicherungsjahr. Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn im 2. Quartal des Kalenderjahres auf 75 %, im 3. Quartal auf 50 %, im 4. Quartal auf 25 %.</p> <p>Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.</p> <p>789: Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt 1.050 € im 1. und 2. Versicherungsjahr, unbegrenzt ab dem 3. Versicherungsjahr. Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn im 2. Quartal des Kalenderjahres auf 75 %, im 3. Quartal auf 50 %, im 4. Quartal auf 25 %.</p> <p>Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.</p>	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	<p>277: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung gem. § 4 Abs. 4 der Tarifbedingungen gelten folgende Höchstbeträge: 1.025 Euro im 1. Jahr, 2.050 Euro im 2. Jahr, ab dem 3. Jahr unbegrenzt, jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.</p> <p>527: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen gelten folgende Höchstbeträge: im 1. Jahr 1.025,- €, im 2. Jahr 2.050,- €, ab 3. Jahr unbegrenzt. Jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.</p>	<p>BZ 50: Die Leistung beträgt je versicherte Person und Versicherungsjahr höchstens 2.600 EUR. In den ersten drei Versicherungsjahren werden jedoch je versicherte Person höchstens erstattet: Im ersten Versicherungsjahr 550,-, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.100,-, in den ersten drei Versicherungsjahren 1.650,-.</p> <p>ZA 50: Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie: 1.550 € im 1. Versicherungsjahr, 3.100 € in den ersten drei Versicherungsjahren, 7.700 € in den ersten 5 Versicherungsjahren, 15.400 € in den ersten 7 Versicherungsjahren.</p> <p><b>Hinweis: BZ 50: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</b></p>	<p>CZ 120: In den ersten 10 Kalenderjahren gelten nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre: insgesamt 1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr 2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr 3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr 5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr 7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr</p> <p>CZ 30: In den ersten 10 Kalenderjahren gelten nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre: insgesamt 1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr 2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr 3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr 5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr 7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr</p>	<p>BK20X: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. BE: Tarif BE: Die Erstattung nach Tarif BE wird für a) bis d) zusammen begrenzt auf 2.700,- EUR im ersten Versicherungsjahr, 4.050,- EUR im zweiten Versicherungsjahr, 5.400,- EUR im dritten Versicherungsjahr, 6.750,- EUR ab viertem Versicherungsjahr. Bei unfallbedingten Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren gilt der Höchstsatz für das vierte Versicherungsjahr. BK30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p>

Leistungspunkte Zahn					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?</b>					
786: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. 789: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	BZ 50: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. ZA 50: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	CZ 120: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. CZ 30: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	BK20X: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. BK30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.
<b>Zahn - ist die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan nicht zwingend vorgeschrieben?</b>					
786: Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. 789: Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind. Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.	Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvorschlags des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan ab einem Rechnungsbetrag in Höhe von 3.000,- € erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.



<b>Leistungspunkte Zahn</b>					
<b>Münchener Verein</b> 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	<b>AXA - DBV</b> BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	<b>Arag</b> 217 247 527 277 PVB 11	<b>Universa</b> A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	<b>Hallesche</b> BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	<b>Deutscher Ring</b> BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>Zahn - sind Inlays &amp; Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?</b>					
786: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. 789: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	CZ 120: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. CZ 30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen.	BK20X: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. BK30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
<b>Zahn - werden Inlays wie Zahnbehandlung erstattet?</b>					
786: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. 789: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	CZ 120: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. CZ 30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld					
Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N	Arag 217 247 527 277 PVB 11	Universa A20R A30 ST2/20R ST2/30 ZA 50 BZ 50 PV B KSKT	Hallesche BEa 50 CA 120 CA 30 CSR 120 CSR 30 CZ 120 CZ 30 CG 230 CG 320 CSD PVB KH	Deutscher Ring BK20X BK30 PIT50 BS20X BS30 BE PVB H
<b>max. versicherbarer Tagessatz</b>					
-	Maximaler Tagessatz: 100 € (In einigen Fällen auch weniger, z.B. bei nicht Erwerbstätigen)	Keine Leistung vorhanden. <b>Hinweis: 11: Maximal versicherbarer Tagessatz: 150,- €</b>	-	-	-
<b>Mindestvertragsdauer</b>					
-	-	-	-	-	-

## Nicht berücksichtigte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte / Bedingungsmerkmale wurden vom Kunden nicht gewünscht:

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Ambulant	
GOÄ ambulant: mind. bis Höchstsatz	GOÄ ambulant: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ
SB max. ... € p.a.	SB nur ambulant
SB für Kinder reduziert	Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbehalt
Kein Hausarzt-/Primärarztprinzip gewünscht	Kein HAP bei Akutversorgung im Ausland
Kein HAP für Not- und Bereitschaftsärzte	Keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung
Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung HAP	Heilpraktiker mind. xx % Erstattung
Heilpraktiker mind. xx € Erstattung p.a.	Hufeland/alternative Heilmethoden erstattungsfähig
Heilpraktiker mind. bis Höchstsatz Gebüh.	Sehhilfen Erstattung mind. €
Hilfsmittel - Erstattung in %	Hilfsmittel - max. Selbstbeteiligung p.a. €
offener Hilfsmittelkatalog	Heilmittel - Erstattung in %
Heilmittel - max. Selbstbeteiligung p.a. €	Nährmittel bei schweren Erkrankungen
Psychotherapie im Delegationsverfahren	mindestens ... psychotherap. Sitzungen p.a.

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Stationär	
1-Bett-Zimmer	GOÄ stationär: mind. bis Höchstsatz
GOÄ Stationär: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ	Anschlussheilbehandlung bedingungsgemäß nach Zusage versichert
Anschlussheilbehandlung diagnosebeschränkt ohne vorh. Zusage & unbegrenzt €	Anschlussheilbehandlung generell ohne vorherige Zusage & unbegrenzt €

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Zahn	
Zahnbehandlung mind. %	Zahnersatz mind. %
Kieferorthopädie mind. %	Zahn: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis
Zahn: Summenbegrenzung max. ... Jahre	Zahn: Summenbegrenzung entfällt bei Unfall
Zahn: Heil- u. Kostenplan nicht erforderlich	GOZ Zahn: mind. bis Höchstsatz
GOZ Zahn: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOZ	

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Allgemein	
Beitragsrückerstattung garantiert	Beitragsrückerstattung mind. ... MB im 1. VJ
Wartezeiten - genereller Verzicht	Optionsrecht auf Höherversicherung
Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung	Verzicht bzw. verbesserte Regelung der Kriegsklausel §5 1)a MB/KK
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung vertraglich geregelt	Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate

<b>Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Allgemein</b>	
Rücktransport aus dem Ausland	Volle tarifl. Leistung bei vorübergeh. Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa
Volle tarifl. Leistung bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa	Verlegung Wohnsitz ins außereuropäische Ausland möglich
Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre	Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre
Fragezeitraum stationäre Aufenthalte: max. 5 Jahre	fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne
Kinder alleine versicherbar ab Alter	

<b>Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Krankenhaustagegeld</b>	
max. versicherbarer Tagessatz	Mindestvertragsdauer

Es wurden außerdem folgende Tarifarten ausdrücklich nicht gewünscht:

<b>Nicht berücksichtigte Leistungen der Tarifarten</b>
Krankentagegeld
Pflegekosten
Pflegetagegeld
Kur