

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:
Debeka Krankenversicherungsverein a.G.	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	211,90 €
HUK-Coburg Krankenversicherung AG	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	187,05 €
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 €

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.	Krankenfahrräder 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 €	Selbst- beteili- gung €	Effektiv €	Ambulant	Stationär		Chefarzt	Zahn	Zahn- behand- lung	Zahn- ersatz	Kiefer- ortho- pädie	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90						50 %	50 %	50 %	65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05						50 %	50 %	50 %	65 %
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 %

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 %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90						65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05						65 %
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 %

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 €	Selbst- beteiligung €	Effektiv €	Krankenhaus- tagegeld	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90		65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05		65 %
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 %

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

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N	
Tarif BE/S2:	11,40 €	Tarif BA501-50:	96,73 €	Tarif B3 50-NT:	34,39 €
Beihilfeergänzungstarif: Zahntechnische Laborleistungen, Ausland, Hilfsmittel, Sehhilfen, Krankenhaustagegeld, Kurtagegeld. (für versicherte Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen grundsätzlich zu 40 % beihilfefähig sind) Stand: 01.02.2009		Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BA30 umgestellt. Stand: 01.02.2009		Stationärer Tarif mit Regelleistungen im Krankenhaus (Mehrbettzimmer, Belegarzt). Versicherter Prozentsatz: 50% Stand: 01.01.2011	
Tarif P20:	52,85 €	Tarif BEZ1plus:	7,91 €	Tarif BN1/2 50-N:	8,92 €
Ambulanter u. stationärer Tarif (Regel- u. Wahlleistungen) für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010		Stand: 01.03.2011		Beihilfeergänzungstarif: - Heilpraktiker - Hilfsmittel - Kurtagegeld - Ausland - Zahntechnische Material- /Laborkosten Stand: 01.02.2009	
Tarif P30:	95,53 €	Tarif BS501-50:	34,28 €	Tarif BZ 50-N:	28,27 €
Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. Regel- u. Wahlleistungen (2- Bettzimmer, Chefarzt). Versicherter Prozentsatz: 50% Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BS30 umgestellt. Stand: 01.02.2009		Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Stand: 01.02.2009	
Tarif PVB:	10,24 €	Tarif BZ501-50:	22,03 €	Tarif BS 50-NT:	136,80 €
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010		Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BZ30 umgestellt. Stand: 01.02.2009		Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Reduzierung im Versorgungsfall bzw. ab Alter 66. Versicherter Prozentsatz: 50% Stand: 01.01.2010	
Tarif Z20:	7,91 €	Tarif PVB:	9,50 €	Tarif BW2 50-NT:	12,76 €
Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010		50% Erstattung der Wahlleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer, Privatarzt). Stand: 01.01.2010	
Tarif Z30:	12,55 €	Tarif KHT-B:	2,76 €	Tarif BWE-N:	6,06 €
Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Krankenhaustagegeld für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2008		Erstattung der Differenzkosten zwischen 1-Bettzimmer und 2- Bettzimmer. Stand: 01.02.2009	
Tarif TK:	3,40 €	Gesetzlicher Zuschlag:	13,84 €	Tarif PVB:	10,43 €
Krankenhaustagegeld. Stand: 01.01.2008				Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010	
Gesetzlicher Zuschlag:	18,02 €			Tarif KHT-E-N:	4,16 €
				Krankenhaustagegeld. Maximaler Tagessatz: 100 € (In einigen Fällen auch weniger, z.B. bei nicht Erwerbstätigen) Stand: 01.01.2010	
				Gesetzlicher Zuschlag:	15,36 €

Hinweise nicht erfüllter Leistungsvorgaben und wichtige Informationen zu den Tarifen:

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N	
Erfüllte Vorgaben:	65%	Erfüllte Vorgaben:	65%	Erfüllte Vorgaben:	96%

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt: GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz Blindenhund o. Blindenleitgerät Hilfsmittel - Reparatur Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall) Verzicht auf rechtz. Meldung KH-Aufenthalt GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien Logopädie durch Logopäden Ergotherapie durch Ergotherapeuten Blindenlese-/Vorlesegerät Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...) Vorsorge auch über gesetzliche Programme Schutzimpfungen Entziehungsmaßnahmen versichert Verzicht auf Kurortklausel	Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt: GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz GOÄ stationär: keine Begrenzung auf den Höchstsatz Kunstaugen Blindenhund o. Blindenleitgerät Körperersatzstücke Atemmonitor (Heimgerät) Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall) GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz Herzmonitor (Heimgerät) Beatmungsgeräte (Heimgerät) Blindenlese-/Vorlesegerät Heimdialysegerät Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...) Prothesen Entziehungsmaßnahmen versichert	Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt: Hilfsmittel - Reparatur Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)
Wichtige Hinweise: P20: Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig? Krankenfahrräder sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig. Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren? Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer. Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig? Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€) Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. P30: Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig? Krankenfahrräder sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig. Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren? Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer. Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)	Wichtige Hinweise: BA501-50: Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig? Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig. BEZ1plus: Sonstiges Selbstbeteiligung für Sehhilfen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, Heilpraktiker von 60 € im Kalenderjahr in diesem Tarif. BS501-50: Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig? Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.	Wichtige Hinweise: BS 50-NT: Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden? Verhaltensbonus: BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 € (jedes 2. Jahr) Nichtraucher-Bonus: 50 € (jedes 2. Jahr) Aktuelles dt. Sportabzeichen: 50 € (jedes Jahr)

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig? Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. TK: max. versicherbarer Tagessatz Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €		

Leistungsvergleich Schnellübersicht:

Allgemeine Leistungspunkte			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
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
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?	0	6	16
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?	unbegrenzt	2	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)			✓
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 leistungsfreien Jahr erstattet werden?	4	4	4 Hinweis: Verhaltensbonus: BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 € (jedes 2. Jahr) Nichtraucher-Bonus: 50 € (jedes 2. Jahr) Aktuelles dt. Sportabzeichen: 50 € (jedes Jahr)
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...)?			

Allgemeine Leistungspunkte			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?			✓
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			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?	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 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?			✓
GOÄ ambulant - erstattet der Versicherte 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 %
Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?	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 %

Leistungspunkte Ambulant			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	0 €	0 €	0 €
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 %
Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	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?	✓		✓
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 eine Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?			✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?			✓
Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?	✓		✓

Leistungspunkte Ambulant			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
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?	✓		✓
Sehhilfen - erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)	unbegrenzt Hinweis: P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.	unbegrenzt	1000 €
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?	20 Hinweis: P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.	30	unbegrenzt
Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit erstattungsfähig?			
Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Arznei-/Verbandmittel - sind Nährmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?	✓		
Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?		✓	✓

Leistungspunkte Stationär			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?		✓	✓
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?			✓
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?	✓	✓ Hinweis: BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.	✓
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?			✓

Leistungspunkte Zahn			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)	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?	99 Hinweis: P30: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer. P20: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.	0	0
Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✓	✓	✓
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?	✓	✓	✓

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
max. versicherbarer Tagessatz	0 Hinweis: TK: Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €		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.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach ambulanten Behandlungen gefragt?		
P30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	-	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung 5 Jahre).
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach psychotherapeutischen Behandlungen gefragt?		
P30: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre.	-	Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt 3 Jahre (stationär 5 Jahre).
Antrag - wird im Antrag max. 5 Jahre rückwirkend nach stationären Behandlungen gefragt?		
P30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. P20: 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.
Zahn - bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?		
Es liegen leider keine Informationen vor.	Es liegen leider keine Informationen vor.	BN1/2 50-N: Es liegen keine Informationen vor. BZ 50-N: Bis 10 fehlende Zähne = Annahme mit Vereinbarung; ab 11 fehlenden Zähne = Ablehnung
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?		
P30: Kinder sind auch alleine versicherbar. P20: Kinder sind auch alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?		
Z30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter. P30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter. P20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter. Z20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.	Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus, längstens aber für weitere 2 Monate.	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.
Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?		
Z30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. P30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. P20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. BE/S2: Medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 5.500 EUR Versicherungsleistungen. Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären. Z20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig (die Mehraufwendungen für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 6.000 € Versicherungsleistung, die Aufwendungen für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre).	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.
Ausland - besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)		
Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	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. 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.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Ausland - besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)		
Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	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. 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.
Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?		
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.	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung ist die Umwandlung in Anwartschaft möglich.	B3 50-NT: Ja, während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts 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. BS 50-NT: Ja, während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts 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.
Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?		
Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?		
Z30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt. P30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt. P20: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt. Z20: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.	Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies Kalenderjahr. Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem ambulanten Tarif.	Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beträgt: 1. Kalenderjahr: 4 Monatsbeiträge Hinweis: Verhaltensbonus: BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 € (jedes 2. Jahr) Nichtraucher-Bonus: 50 € (jedes 2. Jahr) Aktuelles dt. Sportabzeichen: 50 € (jedes Jahr)
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.	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.
Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?		
Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Keine Leistung vorhanden.	Optionsrecht auf Höherversicherung bei bestimmten Ereignissen vorhanden, z.B. Abschluss Ausbildung, Heirat, geburt/Adoption eines Kindes, Statuswechsel (Selbständigkeit, Verbeamtung), Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, Entsendung ins Ausland, Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Bitte weitere Bedingungen laut AVB beachten.
Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?		
-	-	Keine Leistung vorhanden.
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?		
Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	Unter bestimmten Umständen besteht Leistungspflicht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & 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.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Allgemeines - ist vertraglich garantiert, dass bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?		
Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	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.
Allgemeines - erfolgt in den Bedingungen eine Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?		
Nein, in den Bedingungen ist nicht geregelt, dass für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien besteht.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. P20: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
Selbstbeteiligung - gilt die Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. P20: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
Selbstbeteiligung - ist die Selbstbeteiligung für Kinder reduziert?		
P30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. P20: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattungsfähig?		
P30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. P20: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?		
P30: Kein Primärarztprinzip vorhanden. P20: Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.
Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
Verzichtet der Versicherer bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?		
P30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?		
Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
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)?		
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht 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).
Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?		
P30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?		
P30: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.
Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?		
P30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?		
Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilemethoden 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.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilemethoden 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 erfolgversprechend 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).
Heilpraktiker - sind Heilpraktikerleistungen mind. bis zum Höchstsatz GebüH. erstattungsfähig?		
P30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig. P20: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	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.
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?		
Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.	Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersgrenze.	Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Für Vorsorgeuntersuchungen in Diagnostikzentren kann der Versicherer nach vorheriger schriftlicher Zustimmung Zuschüsse gewähren.
Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?		
Schutzimpfungen sind nicht Gegenstand der Bedingungen / des Tarifes.	Schutzimpfungen einschl. Impfstoff, soweit es sich um staatl. empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz- und Zeckenschutzimpfung handelt.	Ja, der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.
Heilmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?		
P30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. P20: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 50% erstattet, wenn diese über den Versicherer bezogen werden.
Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)		
P30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. P20: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-N
Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?		
P30: Keine unüblichen Beschränkungen. P20: Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?		
P30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
Heilmittel - ist Logopädie durch Logopäden erstattungsfähig?		
Logopädie ist nicht in den Bedingungen aufgeführt (siehe dazu auch Heilmittel-Definition dieses Tarifes).	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?		
Ergotherapie ist nicht in den Bedingungen aufgeführt (siehe dazu auch Heilmittel-Definition dieses Tarifes).	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?		
P30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. P20: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn diese über den Versicherer bezogen werden.
Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)		
P30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. P20: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an, sofern diese über den Versicherer bezogen werden.
Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?		
Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel: ..."	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 Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers verbleibenden Aufwendungen für Hilfsmittel in allgemein gebräuchlicher Ausführung entsprechend der gültigen Beihilfavorschrift. BS 50-NT: Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel..."
Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?		
Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.	Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten 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.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Hilfsmittel - ist mind die "normale" Ausführung erstattungsfähig?		
P30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. P20: 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.
Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.	Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.
Hilfsmittel - bestehen keine Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?		
P30: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. P20: 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.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Atemmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?		
P30: Atemmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Atemmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Atemmonitore vor.	BN1/2 50-N: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig. BS 50-NT: Überwachungsmonitore sind nur für Säuglinge erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Herzmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?		
P30: Herzmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Herzmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Herzmonitore vor.	BN1/2 50-N: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig. BS 50-NT: Überwachungsmonitore sind nur für Säuglinge erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Beatmungsgeräte (Heimgerät) erstattungsfähig?		
P30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Beatmungsgeräte vor.	BN1/2 50-N: Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung ist erstattungsfähig. BS 50-NT: Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?		
P30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. P20: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.	BN1/2 50-N: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. BS 50-NT: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?		
Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig. Hinweis: Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 2.000,- € erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. BS 50-NT: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?		
P30: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig. P20: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?		
P30: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. P20: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe u. Einlagen sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	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.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 Euro brutto erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?		
P30: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. P20: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	Körperersatzstücke sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.	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.
Hilfsmittel - sind Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)		
P30: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. P20: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Prothesen sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)		
P30: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate. P20: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?		
P30: Kunstaugen sind erstattungsfähig. P20: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Kunstaugen vor.	Kunstaugen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen - erstattungsfähig?		
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)		
P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. BE/S2: Brillen (Brillengestelle und Brillengläser), sofern sie nach den jeweiligen Beihilfevorschriften beihilfefähig sind, bis zur beihilfefähigen Höhe. Sofern Beihilfevorschriften keine Beihilfefähigkeit für Brillen vorsehen, werden bei Aufwendungen - für maximal zwei Brillengläser im Kalenderjahr - Leistungen für Einstärkengläser bis zu 30 EUR je Glas und für Mehrstärkengläser bis zu 75 EUR je Glas erbracht. Hinweis: P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.	BA501-50: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 125,00 €. BEZ1plus: Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen) sind bis zu einem Höchstbetrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.	Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt: 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, 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.
Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?		
P30: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. P20: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	BA501-50: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig. BEZ1plus: Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen) sind bis zu einem Höchstbetrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.	Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe.
Psychotherapie - erstattungsfähig?		
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?		
P30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. P20: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?		
P30: Bis zu 20 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Im vorgenannten Rahmen werden auch durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet. P20: Bis zu 20 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Im vorgenannten Rahmen werden auch durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet.	Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig. Hinweis: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.	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 - keine pauschalen Einschränkungen?		
P30: Keine unüblichen Einschränkungen. P20: Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.
Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?		
P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Hinweis: P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.	Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	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.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?		
P30: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig. P20: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	Erstattet werden Transporte in Notfällen bis zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus.	Erstattungsfähig sind Transportkosten zu oder von der nächsterrreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. 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.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.
Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?		
P30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. P20: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
Arznei-/Verbandmittel - sind Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?		
P30: 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. P20: 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.	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig.	Nähr-, Stärkungs- und Desinfektionsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine, Mineralwässer und Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel. Die enterale Ernährung ist im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erstattungsfähig.
Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?		
Kein Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel. Keine Leistungspflicht besteht für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?		
Keine Leistung vorhanden.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 2-Bettzimmer erstattungsfähig?		
P30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig. P20: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.
Krankenhaus - sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig?		
P30: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. P20: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	B3 50-NT: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. BW2 50-NT: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.
GOÄ stationär - leistet der Tarif bis zum Höchstsatz der GOÄ?		
P30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	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.
GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?		
P30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. BE/S2: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
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)?		
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht 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).
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?		
Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	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.
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung 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)	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	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.
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung 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)	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorheriger schriftl. Zusage nur bei bestimmten Erkrankungen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-N
Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?		
P30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig. P20: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km, mindestens aber bis zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.	Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.
Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?		
P30: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 12,00 € gezahlt. P20: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 8,00 € gezahlt.	Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung wird analog dem versichertem Erstattungssatz prozentual anteilig von 40,00 € pro Tag gezahlt.	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 €.
Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtz. Meldung eines Krankenhausaufenthaltes?		
Kein Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	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.
Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?		
Gemischte Anstalten sind nur nach vorheriger schriftl. Zusage des VR erstattungsfähig.	Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.	Gemischte Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftl. Zusage des VR erstattungsfähig, wenn es sich um eine Notfallereinweisung handelt 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).
Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?		
P30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig P20: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet. BEZ1plus: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig Hinweis: BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.	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

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHTE-N
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?		
Kosten für stationäre Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.	Kosten für stationäre Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.	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%.

Leistungspunkte Zahn		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)		
Z30: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 30%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.
Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)		
Z30: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 30%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Zahnersatz ist zu 20% erstattungsfähig.	BEZ1plus: Der Versicherer erstattet bei Zahnersatz die verbleibenden Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten. Die Leistung beträgt pro versicherte Person und Versicherungsjahr bis zu 4.500 €. In den ersten drei Versicherungsjahren werden pro versicherte Person und Jahr bis zu 500 € erstattet. BZ501-50: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.	BN1/2 50-N: erstattungsfähig sind gesondert berechnungsfähige zahntechnische 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.
Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)		
Z30: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.
Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?		
Z30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
GOZ Zahn - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?		
Z30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. Z20: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.

Leistungspunkte Zahn		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
GOZ Zahn - der Tarif auch über den Höchstsatz der GOZ?		
Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	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)?		
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht 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).
Zahn - ist kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?		
Z30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Z20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage.
Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?		
Z30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. Hinweis: P30: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer. P20: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.
Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?		
Z30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.

Leistungspunkte Zahn		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
Zahn - ist die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan nicht zwingend vorgeschrieben?		
Z30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. P30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. P20: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. Z20: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 3.000,— Euro übersteigt. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 3.000,— Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.
Zahn - sind Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?		
Z30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. P30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. P20: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. Z20: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
Zahn - werden Inlays wie Zahnbehandlung erstattet?		
Z30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. P30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. P20: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. Z20: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	AXA - DBV BS 50-NT B3 50-NT BW2 50-NT BWE-N BN1/2 50-N BZ 50-N PVB KHT-E-N
max. versicherbarer Tagessatz		
Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: TK: Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €	-	Maximaler Tagessatz: 100 € (In einigen Fällen auch weniger, z.B. bei nicht Erwerbstätigen)
Mindestvertragsdauer		
-	-	-

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
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	

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Krankenhaustagegeld	
max. versicherbarer Tagessatz	Mindestvertragsdauer

Es wurden außerdem folgende Tarifarten ausdrücklich nicht gewünscht:

Nicht berücksichtigte Leistungen der Tarifarten	
Krankentagegeld	
Pflegekosten	
Pflegetagsgeld	

