

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 €
Münchener Verein Krankenversicherung a.G.	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	266,68 €
HUK-Coburg Krankenversicherung AG	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	187,05 €

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

Gewünschte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte wurden bei der Analyse berücksichtigt:

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

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

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

Leistungspunkte Allgemein			
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	Ja.		

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld			
Keine Leistungspunkte berücksichtigt.			

Leistungsübersicht

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

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Ambulant	Stationär		Chefarzt	Zahn	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90						50 %	50 %	50 %	65 %
Münchener Verein	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		266,68	0,00		266,68						50 %	50 %	50 %	96 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05						50 %	50 %	50 %	65 %

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 %
Münchener Verein	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		266,68	0,00		266,68						96 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05						65 %

Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke

 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

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

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

Leistungsübersicht Tagegelder

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

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Krankenhaus-tagegeld	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90		65 %
Münchener Verein	716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		266,68	0,00		266,68		96 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05		65 %

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		Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795		Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	
Tarif BE/S2:	11,40 €	Tarif 716:	87,14 €	Tarif BA501-50:	96,73 €
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 - 30% Erstattung Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011		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	
Tarif P20:	52,85 €	Tarif 719:	51,88 €	Tarif BEZ1plus:	7,91 €
Ambulanter u. stationärer Tarif (Regel- u. Wahlleistungen) für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010		Ambulanter Tarif - 20% Erstattung Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011		Stand: 01.03.2011	
Tarif P30:	95,53 €	Tarif 756:	23,89 €	Tarif BS501-50:	34,28 €
Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Stationärer Tarif - 30% Erstattung Regelleistungen Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011		Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. Regel- u. Wahlleistungen (2- Bettzimmer, Chefarzt). Versicherter Prozentsatz: 50%	
Tarif PVB:	10,24 €	Tarif 799:	13,24 €	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	
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010		Stationärer Tarif - 20% Erstattung Regelleistungen Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011		Tarif BZ501-50:	22,03 €
Tarif Z20:	7,91 €	Tarif 786:	23,26 €	Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50%	
Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010		Zahntarif - 30% Zahnbehandlung - 30% Zahnersatz - 30% Kieferorthopädie Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011		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	
Tarif Z30:	12,55 €	Tarif 789:	17,38 €	Tarif PVB:	9,50 €
Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Zahntarif - 20% Zahnbehandlung - 20% Zahnersatz - 20% Kieferorthopädie Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010	
Tarif TK:	3,40 €	Tarif 976:	8,80 €	Tarif KHT-B:	2,76 €
Krankenhaustagegeld. Stand: 01.01.2008		Stationärer Tarif - 30% Erstattung Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt) Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011		Krankenhaustagegeld für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2008	
Gesetzlicher Zuschlag:	18,02 €	Tarif 979:	3,94 €	Gesetzlicher Zuschlag:	13,84 €
		Stationärer Tarif - 20% Erstattung Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt) Tarif für Beihilfeberechtigte Stand: 01.01.2011			
		Tarif PVB:	10,50 €		
		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.05.2010			

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
	Tarif 795: 3,70 € Krankenhaustagegeld. Stand: 01.02.2009	
	Gesetzlicher Zuschlag: 22,95 €	

Hinweise nicht erfüllter Leistungsvorgaben und wichtige Informationen zu den Tarifen:

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Erfüllte Vorgaben: 65%	Erfüllte Vorgaben: 96%	Erfüllte Vorgaben: 65%
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 Krankenfahrstühle 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: GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung	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 Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...) Prothesen Entziehungsmaßnahmen versichert
Wichtige Hinweise: P20: Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig? Krankenfahrstühle 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.	Wichtige Hinweise: 716: Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€) Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €. 719: Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€) Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.	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.

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
<p>P30:</p> <p>Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</p> <p>Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.</p> <p>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p> <p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?</p> <p>Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.</p> <p>TK:</p> <p>max. versicherbarer Tagessatz</p> <p>Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €</p>		

Leistungsvergleich Schnellübersicht:

Allgemeine Leistungspunkte			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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?			
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?	0	0	6
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?	unbegrenzt	unbegrenzt	2
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	1	4
Allgemeines - sind keine Wartezeiten vorhanden?			
Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?			
Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?			
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?		✓	

Allgemeine Leistungspunkte			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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 Versicherer bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓
Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✓	✓	✓
Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?		✓	
GOÄ ambulant - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?		✓	
Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?	✓	✓	✓
Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?	50 %	50 %	50 %
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	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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 Hinweis: 716: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €. 719: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.	unbegrenzt
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.	unbegrenzt	30
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 Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?	✓	✓	
Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?		✓	✓

Leistungspunkte Stationär			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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?	✓	✓	<p>✓</p> <p>Hinweis: BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</p>
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?		✓	

Leistungspunkte Zahn			
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	2	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	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
max. versicherbarer Tagessatz	0 Hinweis: TK: Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €		
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	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	716: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre. 719: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 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.	716: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre. 719: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 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.	716: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. 719: 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.
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?		
P30: Kinder sind auch alleine versicherbar. P20: Kinder sind auch alleine versicherbar.	716: Kinder sind auch alleine versicherbar. 719: Kinder sind auch alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?		
<p>Z30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>P30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>P20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>Z20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p>	<p>716: Es besteht während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten sechs Monate auf der ganzen Welt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer spätestens zum ersten Werktag des 4. Monats eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.</p> <p>719: Es besteht während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten sechs Monate auf der ganzen Welt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer spätestens zum ersten Werktag des 4. Monats eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.</p>	<p>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.</p>
Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?		
<p>Z30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p> <p>P30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p> <p>P20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p> <p>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.</p> <p>Z20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>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).</p>

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	<p>716: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p> <p>719: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p>	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.
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.	<p>716: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p> <p>719: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.</p>	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	7,16: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versicherer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. 719: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versicherer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.	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.
Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?		
Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>716: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. - 1,0 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr) - 1,2 MB (Monatsbeitrag) für 2 leistungsfreie KJ - 1,6 MB (Monatsbeitrag) für 3 leistungsfreie KJ - 2,0 MB (Monatsbeitrag) für 4 leistungsfreie KJ - 2,4 MB (Monatsbeitrag) für 5 leistungsfreie KJ - 2,8 MB (Monatsbeitrag) für 6 leistungsfreie KJ - 3,2 MB (Monatsbeitrag) für 7 leistungsfreie KJ - 3,6 MB (Monatsbeitrag) für 8 leistungsfreie KJ - 4,0 MB (Monatsbeitrag) ab 9 leistungsfreie KJ</p> <p>719: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. - 1,0 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr) - 1,2 MB (Monatsbeitrag) für 2 leistungsfreie KJ - 1,6 MB (Monatsbeitrag) für 3 leistungsfreie KJ - 2,0 MB (Monatsbeitrag) für 4 leistungsfreie KJ - 2,4 MB (Monatsbeitrag) für 5 leistungsfreie KJ - 2,8 MB (Monatsbeitrag) für 6 leistungsfreie KJ - 3,2 MB (Monatsbeitrag) für 7 leistungsfreie KJ - 3,6 MB (Monatsbeitrag) für 8 leistungsfreie KJ - 4,0 MB (Monatsbeitrag) ab 9 leistungsfreie KJ</p>	<p>Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies Kalenderjahr. Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem ambulanten Tarif.</p>
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.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.
Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?		
Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Keine Leistung vorhanden.
Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?		
-	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	-

Allgemeine Leistungspunkte		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	716: Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat die Ausreise nicht möglich ist. 719: Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat die Ausreise nicht möglich ist.	Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.
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.	716: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird). 719: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.
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.	716: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien. 719: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	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	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. P20: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	716: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. 719: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser 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.	716: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. 719: 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.	716: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. 719: 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.	716: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. 719: 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.	716: Kein Haus- oder Primärarztprinzip vorhanden. 719: Kein Haus- oder 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.	716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
Verzichtet der Versicherer bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?		
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: 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.	716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	716: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. 719: 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.	716: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. 719: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.
GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?		
Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	716: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. 719: Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.
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).	716: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 719: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung 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.	Die Leistung ist vorhanden.	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.	716: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. 719: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	716: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. 719: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.
Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?		
Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.
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.	716: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig. 719: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig.
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?		
Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.	716: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Zu den gezielten Vorsorgeuntersuchungen zählen auch die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 - 29 GOÄ berechnet werden. 719: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Zu den gezielten Vorsorgeuntersuchungen zählen auch die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 - 29 GOÄ berechnet werden.	Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersgrenze.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?		
Schutzimpfungen sind nicht Gegenstand der Bedingungen / des Tarifes.	716: Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sowie die entsprechenden Impfstoffe mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Impfungen aufgrund beruflich bedingter Risiken. 719: Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sowie die entsprechenden Impfstoffe mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Impfungen aufgrund beruflich bedingter Risiken.	Schutzimpfungen einschl. Impfstoff, soweit es sich um staatl. empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz- und Zeckenschutzimpfung handelt.
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.	716: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. 719: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.
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.	716: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. 719: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?		
P30: Keine unüblichen Beschränkungen. P20: Keine unüblichen Beschränkungen.	716: Keine unüblichen Beschränkungen. 719: Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?		
P30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	716: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. 719: 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).	716: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden. 719: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?		
Ergotherapie ist nicht in den Bedingungen aufgeführt (siehe dazu auch Heilmittel-Definition dieses Tarifes).	716: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. 719: 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.	716: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. 719: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
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.	716: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. 719: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?		
Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel: ..."	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Als Hilfsmittel gelten..."	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Als Hilfsmittel gelten..."
Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?		
Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.	716: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. 719: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.
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.	716: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. 719: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.
Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.	716: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig. 719: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.
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.	716: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. 719: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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)")	716: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig. 719: Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Atemmonitore vor.
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)")	716: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig. 719: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Herzmonitore vor.
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)")	716: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. 719: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Beatmungsgeräte vor.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?		
P30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. P20: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	716: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. 719: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.
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.	Elektrisch betriebene Krankenfahrstühle sind bis zum erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1500 EUR) erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 2.000,- € erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?		
P30: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig. P20: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	716: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. 719: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?		
P30: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. P20: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	716: Orthopädische Maßschuhe sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 EUR je Versicherungsjahr erstattungsfähig sowie orthopädische Schuhzurichtungen. 719: Orthopädische Maßschuhe sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 EUR je Versicherungsjahr erstattungsfähig sowie orthopädische Schuhzurichtungen.	Orthopädische Schuhe u. Einlagen sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eine Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	716: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig. 719: Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?		
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	716: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR erstattungsfähig. 719: Elektronische Lesegeräte sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.
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.	716: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...). 719: Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).	Körperersatzstücke sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.
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.	716: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. 719: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Prothesen sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.
Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)		
P30: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate. P20: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	716: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig. 719: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?		
P30: Kunstaugen sind erstattungsfähig. P20: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	716: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig. 719: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Kunstaugen vor.
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 Beihilfavorschriften beihilfefähig sind, bis zur beihilfefähigen Höhe. Sofern Beihilfavorschriften 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.	716: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €. 719: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €. Hinweis: 716: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €. 719: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 105 €.	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.
Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?		
P30: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. P20: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	716: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. 719: 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.
Psychotherapie - erstattungsfähig?		
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?		
P30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. P20: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	716: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. 719: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?		
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>716: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. Ärzten gemäß § 4 Teil I Abs. 2 gleichgestellt sind in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten. Dies gilt entsprechend für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.</p> <p>719: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. Ärzten gemäß § 4 Teil I Abs. 2 gleichgestellt sind in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten. Dies gilt entsprechend für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.</p>	<p>Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p> <p>Hinweis: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p>
Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?		
<p>P30: Keine unüblichen Einschränkungen.</p> <p>P20: Keine unüblichen Einschränkungen.</p>	<p>716: Keine unüblichen Einschränkungen.</p> <p>719: Keine unüblichen Einschränkungen.</p>	Keine unüblichen Einschränkungen.
Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?		
<p>P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p>P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p>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.</p>	<p>716: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze.</p> <p>719: Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze.</p>	Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.
Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?		
<p>P30: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.</p> <p>P20: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.</p>	<p>716: Erstattungsfähig sind Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt.</p> <p>719: Erstattungsfähig sind Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt.</p>	Erstattet werden Transporte in Notfällen bis zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus.

Leistungspunkte Ambulant		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	716: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt. 719: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.
Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?		
P30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. P20: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	716: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. 719: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
Arznei-/Verbandmittel - sind 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.	716: Ja, als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind. 719: Ja, als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.	Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht 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.	716: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort. 719: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	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	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?		
Keine Leistung vorhanden.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht 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.	976: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. 979: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. 799: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. 756: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-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.	976: Gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. 979: Gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. 799: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. 756: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig.	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.	799: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig. 756: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig.	Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?		
<p>P30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>P20: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>BE/S2: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>	<p>976: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>979: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>799: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig.</p> <p>756: Privatärztliche Behandlung ist aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Leistungen sind auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung erstattungsfähig.</p>	<p>Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>
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)?		
<p>Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).</p>	<p>799: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).</p> <p>756: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).</p>	-
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?		
<p>Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)</p>	<p>799: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.</p> <p>756: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.</p>	<p>Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)</p>
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?		
<p>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)</p>	<p>Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig (unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung).</p>	<p>Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.</p>
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?		
<p>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)</p>	<p>Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig (unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung).</p>	<p>Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.</p>

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?		
<p>P30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>P20: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>799: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>756: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>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.</p>
Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?		
<p>P30: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 12,00 € gezahlt.</p> <p>P20: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 8,00 € gezahlt.</p>	<p>976: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 9,- € (Kinder 4,50 €) pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 6,- € (Kinder 3,- €) gezahlt.</p> <p>979: Bei Unterkunft im Mehrbettzimmer werden 6,- € (Kinder 3,- €) pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 4,- € (Kinder 2,- €) gezahlt.</p>	<p>Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung wird analog dem versichertem Erstattungssatz prozentual anteilig von 40,00 € pro Tag gezahlt.</p>
Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtz. Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes?		
<p>Kein Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.</p>	<p>799: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p> <p>756: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>	<p>Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.</p>
Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?		
<p>Gemischte Anstalten sind nur nach vorheriger schriftl. Zusage des VR erstattungsfähig.</p>	<p>799: Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen auch erbracht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird , weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden.</p> <p>756: Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen auch erbracht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird , weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden.</p>	<p>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.</p>

Leistungspunkte Stationär		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?		
<p>P30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>P20: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p>	<p>799: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p> <p>756: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</p> <p>BEZ1plus: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>Hinweis: BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</p>
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?		
<p>Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.</p>	<p>799: Es sind die Kosten für die erste stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Beginn der Versicherung 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zur Dauer eines Aufenthaltes von 8 Wochen erstattungsfähig. Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer.</p> <p>756: Es sind die Kosten für die erste stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Beginn der Versicherung 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zur Dauer eines Aufenthaltes von 8 Wochen erstattungsfähig. Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer.</p>	<p>Kosten für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.</p>

Leistungspunkte Zahn		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	786: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig. 789: Zahnbehandlung ist zu 20% 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.	786: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig. 789: 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.
Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)		
Z30: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig.	786: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig. 789: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.
Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?		
Z30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	786: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. 789: Aufwendungen für Kieferorthopädie sind 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.	786: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. 789: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.
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 die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.

Leistungspunkte Zahn		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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).	786: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 789: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-
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.	786: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. 789: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
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.	786: Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt 1.050 € im 1. und 2. Versicherungsjahr, unbegrenzt ab dem 3. Versicherungsjahr. Der Höchstleistungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn im 2. Quartal des Kalenderjahres auf 75 %, im 3. Quartal auf 50 %, im 4. Quartal auf 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag nicht. 789: Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt 1.050 € im 1. und 2. Versicherungsjahr, unbegrenzt ab dem 3. Versicherungsjahr. Der Höchstleistungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn im 2. Quartal des Kalenderjahres auf 75 %, im 3. Quartal auf 50 %, im 4. Quartal auf 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag nicht.	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.	786: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. 789: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.

Leistungspunkte Zahn		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
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.	786: Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. 789: Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt.	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.
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.	786: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. 789: 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.	786: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. 789: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld		
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Münchener Verein 716 719 756 799 976 979 786 789 PVB 795	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B
max. versicherbarer Tagessatz		
Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: TK: Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €	-	-
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
Pflegetagegeld

