

Max Muster



Ihr persönlicher Vorschlag für eine Krankenversicherung (Vollversicherung)

Sehr geehrte Frau Muster,

anbei erhalten Sie Ihren persönlichen Vorschlag für eine private Krankenversicherung.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen

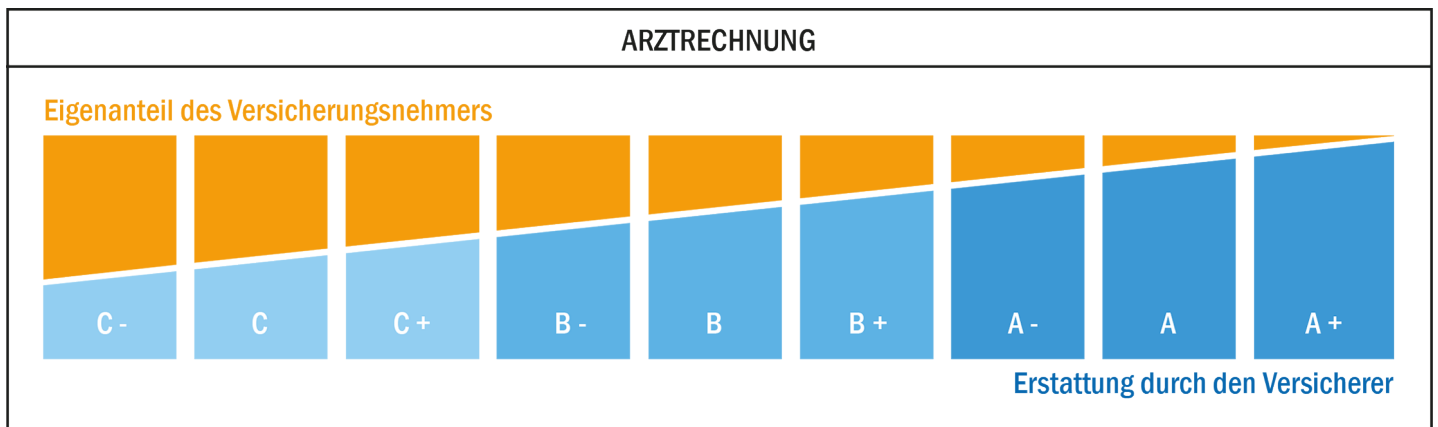
Michael Krolinski

Das KVpro-Erstattungsbarometer

Das KVpro-Erstattungsbarometer misst das Erstattungsniveau (=Leistungsniveau) eines Tarifs bzw. einer einzelnen Tarifleistung.

Das ermittelte Erstattungsniveau zeigt auf einen Blick das Verhältnis zwischen Erstattung des Versicherers und dem Eigenanteil des Versicherungsnehmers.

Basis des KVpro-Erstattungsbarometers sind die Versicherungsbedingungen, denn nur auf deren Inhalt hat der Versicherungsnehmer einen Rechtsanspruch.



Bei einem **A+**, dem höchsten Erstattungsniveau, wird ein Rechnungsbetrag nahezu vollständig oder ganz vom Versicherer übernommen. Der Eigenanteil an einer Rechnung ist für den Versicherungsnehmer null bzw. sehr gering.

Umgekehrt entscheidet sich der Versicherungsnehmer bei einem Erstattungsniveau von **C-**, einen hohen Eigenanteil an einer Rechnung zu tragen.

Mit anderen Worten: er bezahlt im Leistungsfall einen Großteil der Rechnung selbst.

Ist ein Leistungsbereich mit dem Wert **0** markiert, dann trägt der Versicherungsnehmer im Leistungsfall die Kosten für diesen Leistungsbereich komplett selbst.

Bei der Tarifentscheidung spielt somit der Qualitätsanspruch des Verbrauchers eine gewichtige Rolle.

Vorschlag für eine Krankenversicherung nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Der Vorschlag und die Leistungsübersichten basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie alle Angaben sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge. Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB sowie die Tarifbedingungen der jeweiligen Versicherer. Die Datenbasis des LUX wurde mit größter Sorgfalt erstellt, eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.

Barmenia (EA35)	€	Niveau	Allianz (EA36)	€	Niveau	Hallesche (EA35)	€	Niveau	Continentale (EA35)	€	Niveau	Alte Oldenburger (EA35)	€	Niveau
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Selbstbehalt: 300 € GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze, kein Primärarzttarif	518,05	A+	AktiMed Best 90 (AMB90U) Selbstbehalt: 500 € GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze, kein Primärarzttarif	525,52	A+	NK.2 Selbstbehalt: 600 € GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze, kein Primärarzttarif	429,35	A+	BUSINESS Selbstbehalt: 500 € GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze, kein Primärarzttarif	495,38	A	A80 Selbstbehalt: 330 € GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze, kein Primärarzttarif	250,59	A+
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Einbettzimmer mit Privatarzt GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze		A+	AktiMed Best 90 (AMB90U) Einbettzimmer mit Privatarzt GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze		A+	NK.2 Einbettzimmer mit Privatarzt GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze		A+	BUSINESS Einbettzimmer mit Privatarzt GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze		A+	K/S Einbettzimmer mit Privatarzt K 20 Zweibettzimmer mit Privatarzt GOÄ- Höchstsätze, GOÄ- auch über die Höchstsätze	149,15	A+
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% Zahnbehandlung, 90% Zahnersatz, 90% Kieferorthopädie GOZ- Höchstsatz, GOZ- auch über Höchstsatz, Implantate, Inlays, Prophylaxe		A+	AktiMed Best 90 (AMB90U) 100% Zahnbehandlung, 85% Zahnersatz, 0% Kieferorthopädie GOZ- Höchstsatz, GOZ- auch über Höchstsatz, Implantate, Inlays, Prophylaxe		A+	NK.2 100% Zahnbehandlung, 100% Zahnersatz, 75% Kieferorthopädie GOZ- Höchstsatz, GOZ- auch über Höchstsatz, Implantate, Inlays, Prophylaxe		A	BUSINESS 100% Zahnbehandlung, 85% Zahnersatz, 85% Kieferorthopädie GOZ- Höchstsatz, GOZ- auch über Höchstsatz, Implantate, Inlays, Prophylaxe		A	Z100/80 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz, 80% Kieferorthopädie GOZ- Höchstsatz, Implantate, Inlays, Prophylaxe	78,81	B+
PVN Pflegepflichtversi cherung	25,44	—	PVN Pflegepflichtversi cherung	25,51	—	PVN Pflegepflichtversi cherung	25,30	—	PVN Pflegepflichtversi cherung	25,86	—	PVN Pflegepflichtversi cherung	24,82	—
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Kurtagegeld - Tagessatz: 200,00 €		A			—			—			—			—

Vorschlag für eine Krankenversicherung nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia (EA35)	€	Niveau	Allianz (EA36)	€	Niveau	Hallesche (EA35)	€	Niveau	Continental (EA35)	€	Niveau	Alte Oldenburger (EA35)	€	Niveau
		—	AktiMed Best 90 (AMB90U) Vollversicherung mit Auslandsreisekranken-schutz		A			—			—			—
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Vollversicherung mit Optionsrecht		—			—			—			—			—
gesetzlicher Zuschlag Monatsbeitrag inklusive 1/12 SB	51,81 595,30 620,30		gesetzlicher Zuschlag Monatsbeitrag inklusive 1/12 SB	52,55 603,58 645,25		gesetzlicher Zuschlag Monatsbeitrag inklusive 1/12 SB	42,94 497,59 547,59		gesetzlicher Zuschlag Monatsbeitrag inklusive 1/12 SB	49,54 570,78 612,45		gesetzlicher Zuschlag Monatsbeitrag inklusive 1/12 SB	47,85 551,22 578,72	
Arbeitgeberzuschuss Arbeitnehmeranteil inklusive 1/12 SB	297,65 297,65 322,65		Arbeitgeberzuschuss Arbeitnehmeranteil inklusive 1/12 SB	301,80 301,78 343,45		Arbeitgeberzuschuss Arbeitnehmeranteil inklusive 1/12 SB	248,80 248,79 298,79		Arbeitgeberzuschuss Arbeitnehmeranteil inklusive 1/12 SB	285,39 285,39 327,06		Arbeitgeberzuschuss Arbeitnehmeranteil inklusive 1/12 SB	275,61 275,61 303,11	
für BEG anrechenbar* steuerliche Entlastung Netto nach BEG*	181,34 45,34 252,31	A+	für BEG anrechenbar* steuerliche Entlastung Netto nach BEG*	183,80 45,95 255,83	A+	für BEG anrechenbar* steuerliche Entlastung Netto nach BEG*	152,40 38,10 210,69	A+	für BEG anrechenbar* steuerliche Entlastung Netto nach BEG*	161,24 40,31 245,08	A	für BEG anrechenbar* steuerliche Entlastung Netto nach BEG*	172,16 43,04 232,57	A

* Näherungswert abhängig unter anderem vom eingegebenen Steuersatz (25%), Einzelfallprüfung durch Steuerberater

Der Vorschlag und die Leistungsübersichten basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie alle Angaben sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge. Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB sowie die Tarifbedingungen der jeweiligen Versicherer. Die Datenbasis des LUX wurde mit größter Sorgfalt erstellt, eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.

	Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Ambulant					
GOÄ - Ärzte ambulant	A+	A+	A+	A+	A+
GOÄ - Ärzte ambulant darüber	A+	A+	A+	A+	A+
Arznei/Verbandmittel	A	A	A	A	A-
Heilmittel	A+	A-	B+	A+	A+
Ergotherapie	✓	✓	✓	✓	✓
Logopäde	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittelkatalogart	B+	A+	B+	B+	A+
Hilfsmittelkatalog offen	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - für Blinde	A+	A+	A+	A+	B
Blindenhund	✓	✓	✓	✓	✗
Hilfsmittel - Körperersatzstücke	A+	A+	A+	A+	A+
Armprothesen	✓	✓	✓	✓	✓
Beinprothesen	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - Krankenfahrstuhl	A+	A+	A+	A+	A+
Hilfsmittel - lebenserhaltende	A+	A+	A+	A+	A+
Brillen / Sehhilfen	A-	B	B-	B	B
Kontaktlinsen	✓	✓	✓	✓	✓
Heilpraktiker	A+	A+	B+	A+	A+
Psychotherapie	A+	A	A	B+	B+

Schnellübersicht



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

	Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Vorsorgeuntersuchung	A+	A+	A+	B	A+
Hausarztprinzip	A+	A+	A+	A+	A+

Stationär

Ambulante Operationen	A+	A+	A+	A+	A-
Gemischte Anstalten	A-	B+	B+	B+	A-
auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage	✓	✓	✓	✓	✓
Privatkliniken	A+	A+	A+	A+	A+
GOÄ - Ärzte stationär	A+	A+	A+	A+	A+
GOÄ - Ärzte stationär darüber	A+	A+	A+	A+	A+
GOÄ - Ärzte stationär Ausland	A+	A-	B+	A-	A+
Ausland unbegrenzt - akut	✓	✗	✓	✗	✗
Ausland unbegrenzt - gezielt	✓	✗	✗	✗	✗
Psychotherapie stationär	A+	A	A+	A+	A+
Anschlussheilbehandlung (Reha)	A-	C	B	A-	A
Stationäre Unterkunft	A+	A+	A+	A+	A+
Transportkosten im Inland	A-	A+	B+	B+	B+
Stationäre Auslandsbehandlung	A+	A-	A+	A+	A+

Zahn

GOZ - Zahnärzte	A+	A+	A+	A+	A+
GOZ - Zahnärzte darüber	A+	A+	A+	A+	0

	Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Zahnleistung - Erstattung in %	A+	A	A-	A+	A
Kein Preisverzeichnis Zahn	✓	✗	✓	✓	✓
Implantate	A+	A+	A-	B	A
Inlays	A+	A+	A	A	A+
Prophylaxe	A+	A+	A+	A+	A+
Gnathologie	A+	A	A+	A	A
Material- und Laborkosten	A	B+	A	A	A
Entfällt Summenbegrenzung bei Unfall	A+	A+	A+	A+	A+
Heil- und Kostenplan	B	A+	B-	B	B

Kurtagegeld

Geltungsbereich Kur	A-	-	-	-	-
Leistungsdauer Kur	A+	-	-	-	-
Vorleistung Kur	A+	-	-	-	-
Wartezeit Kur	A+	-	-	-	-
Berufskrankheiten Kur	0	-	-	-	-
Genesungskur	A+	-	-	-	-
Kur sonstige	A+	-	-	-	-

Auslandsreisekrankenversicherung

Geltungsbereich Europa	-	A+	-	-	-
Geltungsbereich außereuropäisch	-	A-	-	-	-

Schnellübersicht



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

	Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Auslandsrücktransport	–	A+	–	–	–
Optionsrecht					
Optionsrecht	Info	–	–	–	–
Allgemein					
Beitragsrückerstattung Hinweise	Info	Info	Info	Info	Info
Beitragsrückerstattung als Barleistung	✓	✓	✓	✓	✓
Beitragsrückerstattung als Pauschalleistung	✗	✗	✗	✓	✗
Besonderheiten	Info	Info	–	Info	Info

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Der Vorschlag und die Leistungsübersichten basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie alle Angaben sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge. Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB sowie die Tarifbedingungen der jeweiligen Versicherer. Die Datenbasis des LUX wurde mit größter Sorgfalt erstellt, eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Ambulant

GOÄ - Ärzte ambulant: Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet?

A+ GOÄ- Höchstätze EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja, bis zu den Höchstätzen der GOÄ.	A+ GOÄ- Höchstätze AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, bis zu den Höchstätzen der GOÄ.	A+ GOÄ- Höchstätze NK.2 Ja, bis zu den Höchstätzen der GOÄ.	A+ GOÄ- Höchstätze BUSINESS Ja, bis zu den Höchstätzen der GOÄ.	A+ GOÄ- Höchstätze A80 Ja, bis zu den Höchstätzen der GOÄ.
--	---	---	---	--

GOÄ - Ärzte ambulant darüber: Werden die ärztlichen Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang?

A+ GOÄ- auch über die Höchstätze EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja. Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ.	A+ GOÄ- auch über die Höchstätze AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, es besteht keine explizite Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ.	A+ GOÄ- auch über die Höchstätze NK.2 Ja, es besteht keine explizite Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ.	A+ GOÄ- auch über die Höchstätze BUSINESS Ja, soweit eine gültige Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ zugrunde liegt.	A+ GOÄ- auch über die Höchstätze A80 Ja, es besteht keine explizite Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ.
--	--	--	---	---

Arznei/Verbandmittel: In welchem Umfang werden verordnete Arznei- und Verbandmittel erstattet?

A Arznei-/ Verbandmittel EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Arznei- und Verbandmittel erstattet. Nicht übernommen werden Stärkungsmittel und sonstige Nahrungsmittel, kosmetische Mittel sowie Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen (z.B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel). Hingegen erstattet werden ärztlich verordnete Infusionslösungen, Teststreifen für Blutmessungen und medikamentenähnliche Nahrungsmittel, soweit sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder soweit nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	A Arznei-/ Verbandmittel AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Arznei- und Verbandmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Arzneimittel, soweit es sich um zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes handelt und sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. Außerdem sind die Aufwendungen für Harntest- und Bluttest-Streifen - zum Selbsttest - erstattungsfähig. Nicht übernommen werden Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend genommen werden, kosmetische Präparate und Schwangerschaftstests. Hingegen ersetzt werden diätetische Nährstoffe, sofern sie zwingend	A Arznei-/ Verbandmittel NK.2 100% der Kosten werden für Arznei- und Verbandmittel erstattet. Übernommen werden auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden. Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nahrungsmittel.	A Arznei-/ Verbandmittel BUSINESS 100% der Kosten werden für Arznei- und Verbandmittel erstattet. Nicht übernommen werden Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduzierung sowie Badeszusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel. Hingegen ersetzt wird Sondennahrung, soweit eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.	A- Arznei-/ Verbandmittel A80 80% der Kosten werden für Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag (für alle ambulanten Leistungen außer Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (=Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Nicht übernommen werden Nähr- und Stärkungsmittel, es sei denn sie wurden im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen ärztlich verordnet; außerdem werden nicht ersetzt Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Mittel.
--	--	--	---	--

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mucoviszidose zu vermeiden sowie medikamentenähnliche Nahrungsmittel (Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung) oder weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr außerhalb des Verdauungstrakts erforderlich ist (parenterale Ernährung). Die Ernährung erfolgt dabei in der Regel über Spezial-Lösungen, die über eine Vene verabreicht werden (intravenöse Zufuhr).</p>			

Heilmittel: Welche verordneten Heilmittel werden in welchem Umfang erstattet?

A+ Heilmittel	A- Heilmittel	B+ Heilmittel	A+ Heilmittel	A+ Heilmittel
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Heilmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen, außerdem bei einer Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurse bzw. Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik.</p> <p>Heilmittel können auch von staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen erbracht werden, soweit sie ärztlich verordnet sind.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Heilmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden die im tariflichen Heilmittelverzeichnis genannten Heilmittel bis zum um 30% erhöhten jeweils geltenden beihilfefähigen Höchstbetrag: Inhalationen, Krankengymnastik/ Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie.</p> <p>Information: Als beihilfefähiger Höchstbetrag gilt dieser gemäß § 23 I Bundesbeihilfeverordnung.</p>	<p>NK.2 80% der Kosten werden für Heilmittel bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Versicherers genannten Preisen erstattet.</p> <p>Übernommen werden Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik sowie Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer nach schriftlicher Zusage.</p>	<p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Heilmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).</p>	<p>A80 80% der Kosten werden für Heilmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe (Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).</p>

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Ergotherapie				
✔	✔	✔	✔	✔
Logopäde				
✔	✔	✔	✔	✔
Hilfsmittelkatalogart: Liegt der Erstattung von Hilfsmitteln ein offener oder ein geschlossener Hilfsmittelkatalog zu Grunde?				
B+ offener Hilfsmittelkatalog EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es liegt ein offener Hilfsmittelkatalog vor, ausgenommen sind Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/ oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS- Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.	A+ offener Hilfsmittelkatalog AktiMed Best 90 (AMB90U) Es liegt ein offener Hilfsmittelkatalog vor.	B+ offener Hilfsmittelkatalog NK.2 Es liegt ein offener Hilfsmittelkatalog vor, ausgenommen sind Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat; die dem Fitness-, Wellness- und/ oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind, sowie Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel sind (z.B. Fieberthermometer, Anti- Allergie-Bettwäsche).	B+ offener Hilfsmittelkatalog BUSINESS Es liegt ein offener Hilfsmittelkatalog vor, ausgenommen sind Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben; Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch- technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen); Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind.	A+ offener Hilfsmittelkatalog A80 Es liegt ein offener Hilfsmittelkatalog vor.
Hilfsmittelkatalog offen				
✔	✔	✔	✔	✔
Hilfsmittel - für Blinde: Werden die Anschaffungskosten für Blindenhilfsmittel erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang?				
A+ Blindenhilfsmittel EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Blindenhilfsmittel erstattet. Übernommen werden technische Mittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte, außerdem Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch. Hierzu zählen auch Batterien, soweit es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können, sowie die Aufwendungen für die Anschaffung eines Blindenführhünders	A+ Blindenhilfsmittel AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Blindenhilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss. 72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte Blindenhilfsmittel	A+ Blindenhilfsmittel NK.2 100% der Kosten werden für Blindenhilfsmittel erstattet. Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte). Außerdem wird die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes erstattet.	A+ Blindenhilfsmittel BUSINESS 100% der Kosten werden für Blindenhilfsmittel erstattet. Bei Kosten von mehr als 1000€ für ein Hilfsmittel, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für ein Hilfsmittel erbracht, soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor Mitteilung über die Versicherungsleistung gekauft wird.	B Blindenhilfsmittel A80 80% der Kosten werden für Blindenhilfsmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen.</p> <p>Nicht erstattet werden Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/ oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.</p>	<p>bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.</p>	<p>Ersetzt werden auch Aufwendungen für Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen).</p> <p>Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.</p> <p>Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.</p>	<p>Übernommen werden technische Mittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie der Blindenhund (einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen). Ersetzt werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>Nicht übernommen werden Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben; Heilapparate und sonstige medizinisch- technische Bedarfsartikel; Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.</p>	

Blindenhund



Hilfsmittel - Körperersatzstücke: Werden die Anschaffungskosten für Körperersatzstücke erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang?

A+ Körperersatzstücke	A+ Körperersatzstücke	A+ Körperersatzstücke	A+ Körperersatzstücke	A+ Körperersatzstücke
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Körperersatzstücke erstattet.</p> <p>Übernommen werden Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen sowie Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch. Hierzu zählen auch Kunstaugen.</p> <p>Nicht erstattet werden Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/ oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, sowie</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Körperersatzstücke bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.</p> <p>72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte Körperersatzstücke</p>	<p>NK.2 100% der Kosten werden für Körperersatzstücke erstattet.</p> <p>Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte).</p> <p>Ersetzt werden auch Aufwendungen für Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen</p>	<p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Körperersatzstücke erstattet. Bei Kosten von mehr als 1000€ für ein Körperersatzstück, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für ein Körperersatzstück erbracht, soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Körperersatzstück vor Mitteilung über die Versicherungsleistung gekauft wird.</p>	<p>A80 80% der Kosten werden für Körperersatzstücke bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.</p>

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.	bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.	von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen. Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden. Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.	Übernommen werden Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch. Nicht übernommen werden Körperersatzstücke bzw. Ausführungen der Körperersatzstücke, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben sowie zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Körperersatzstücken.	
Armprothesen	✓	✓	✓	✓
Beinprothesen	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - Krankenfahrstuhl: Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls erstattet?				
A+ Krankenfahrstuhl EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Krankenfahrstühle erstattet. Übernommen werden auch Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch. Nicht erstattet werden Unterhaltungs- und Betriebskosten.	A+ Krankenfahrstuhl AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Krankenfahrstühle bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss. 72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte Krankenfahrstühle	A+ Krankenfahrstuhl NK.2 100% für Krankenfahrstühle. Des Weiteren werden auch Aufwendungen für die Reparatur erstattet. Nach Möglichkeit werden dabei Krankenfahrstühle vom Versicherer vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen. Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.	A+ Krankenfahrstuhl BUSINESS 100% der Kosten werden für Krankenfahrstühle erstattet. Bei Kosten von mehr als 1000€ für einen Krankenfahrstuhl, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für einen Krankenfahrstuhl erbracht, soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor Mitteilung über die Versicherungsleistung gekauft wird.	A+ Krankenfahrstuhl A80 80% der Kosten werden für Krankenfahrstühle bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.		Übernommen werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.	
Hilfsmittel - lebenserhaltende: Werden die Anschaffungskosten für lebenserhaltende Kontroll- und Behandlungsgeräte erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang?				
<p>A+ lebenserhaltende Hilfsmittel</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für lebenserhaltende Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden Hilfsmittel, wenn ohne deren Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z.B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie) sowie Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>Hierzu zählen auch künstliche Ernährung und Batterien, soweit es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können. Nicht erstattet werden Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.</p>	<p>A+ lebenserhaltende Hilfsmittel</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für lebenserhaltende Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.</p> <p>72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte lebenserhaltende Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.</p>	<p>A+ lebenserhaltende Hilfsmittel</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für lebenserhaltende Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte).</p> <p>Darüber hinaus werden Hilfsmittel erstattet, die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).</p> <p>Ersetzt werden auch Aufwendungen für Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen).</p> <p>Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.</p> <p>Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.</p>	<p>A+ lebenserhaltende Hilfsmittel</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für lebenserhaltende Hilfsmittel erstattet. Bei Kosten von mehr als 1000€ für ein Hilfsmittel, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für ein Hilfsmittel erbracht, soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor Mitteilung über die Versicherungsleistung gekauft wird.</p> <p>Übernommen werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>Nicht übernommen werden Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben; Heilapparate und sonstige medizinisch- technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen); Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.</p> <p>Information: Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, soweit ohne seinen Einsatz</p>	<p>A+ lebenserhaltende Hilfsmittel</p> <p>A80 80% der Kosten werden für lebenserhaltende Lebensmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.</p>

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
			unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z.B. Beatmungsgeräte für eine lebenserhaltende Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz und Systeme für Heimdialyse).	
Brillen / Sehhilfen: Was erstattet der Tarif bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr?				
A - Sehhilfen EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 600€ je Sehhilfe erstattet. Ein erneuter Anspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien. Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.	B Sehhilfen AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Sehhilfen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100% bis maximal 400€ innerhalb von 24 Monaten. Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.	B - Sehhilfen NK.2 100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt 260€ alle zwei Jahre erstattet, bei einer Änderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien auch vorher. Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.	B Sehhilfen BUSINESS 100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von 400€ erstattet. Dabei muss der Erstbezug ärztlich verordnet sein. Ein erneuter Anspruch besteht frühestens zwei Jahre nach Bezug der zuletzt erstatteten Sehhilfe. Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.	B Sehhilfen A80 100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von 160€ jährlich erstattet, darüber hinaus zu einem Drittel. Übernommen werden Brillen oder Kontaktlinsen.
Kontaktlinsen				
✔	✔	✔	✔	✔
Heilpraktiker: In welchem Umfang werden die Kosten für die Behandlung beim Heilpraktiker erstattet?				
A+ Heilpraktiker EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Heilpraktikerleistungen erstattet. Übernommen werden Aufwendungen für Beratungen, Besuche und Verrichtungen auch über den Rahmen des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) hinaus und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Anhang erstattungsfähige Naturheilverfahren) einschliesslich in diesem Zusammenhang verordneter Arznei- und Verbandmittel.	A+ Heilpraktiker AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Heilpraktikerleistungen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden Heilpraktikerleistungen, soweit sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet wurden und die Höchstbeträge nicht überschreiten.	B+ Heilpraktiker NK.2 Zu 80% Heilpraktikerkosten im Rahmen der Höchstsätze des GebüHs bis zu einem jährlichen Rechnungsbetrag von 2600€ einschließlich Heilmittel und Wegegebühren.	A+ Heilpraktiker BUSINESS 100% der Kosten werden für Heilpraktikerleistungen erstattet. Übernommen werden Heilpraktikerleistungen, soweit sie im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker oder im tariflichen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren aufgeführt sind und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.	A+ Heilpraktiker A80 Zu 80% Heilpraktikerleistungen. Übersteigen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge (für alle ambulanten Leistungen außer Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen) im Kalenderjahr die Summe von 1650€, werden darüber hinaus 100% erstattet.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Information: Naturheilverfahren im Sinne des Tarifs sind: Akupressur, Akupunktur, anthroposophische Medizin, antihomotoxische Medizin, Aromatherapie, ausleitende Verfahren, Ayurveda, Biochemie nach Dr. Schüßler, bioenergetische Medizin, Blutuntersuchungen nach von Brehmer, Enderlein usw., Carcinomchrom- Reaktion, Chiropraktik, Colon- Hydrotherapie, Eigenblutbehandlung, Eigenharnbehandlung, Elementartherapie, Enzymtherapie, Ernährungsberatung bei Allergien, Feldenkrais- Methode, Gasgemischinjektionen, Hautwiderstandsmessungen, heilmagnetische Behandlungen, Homöopathie, Homöosiniatrie, Hydrotherapie, Hyperthermie, Irisdiagnostik, Isopathie, Kinesiologie, Kristallographie, Lasertherapie, Lüscher-Color- Test, Lymphdrainage, mikrobiologische Medizin einschließlich Autovaccine, Nervenpunktmassage, Neuraltherapie, Nosodentherapie, Organotherapie, orthomolekulare Medizin, Osteopathie, Ozontherapie, physikalische Therapien, Phytotherapie, Proteomik, Reflexzonenmassagen, Regenatherapie, Regulationsmedizin und Matrixtherapie, Roeder'sches Verfahren, Sauerstofftherapien, Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u.Ä., Shiatsu, Spagyrik, Thermographie, Thermotherapie, traditionelle chinesische Medizin, Ultraschalltherapie, umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese.</p>				

Psychotherapie: Was leistet der Tarif bei ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

<p>A+ Psychotherapie</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Psychotherapie (einschließlich</p>	<p>A Psychotherapie</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Psychotherapie bis zur tariflichen</p>	<p>A Psychotherapie</p> <p>NK.2 80% der Kosten werden für Psychotherapie erstattet, soweit sie durch</p>	<p>B+ Psychotherapie</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Psychotherapie für bis zu 30 Sitzungen im</p>	<p>B+ Psychotherapie</p> <p>A80 80% der Kosten wird für Psychotherapie bis zu einem tariflichen</p>
---	--	--	---	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>psychologischer Diagnostik) erstattet, soweit sie durch einen Arzt, in eigener Praxis tätigen und ins Arztregister eingetragenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker erbracht wird.</p>	<p>Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100% für die ersten 30 Sitzungen, 70% ab der 31. Sitzung je Versicherungsfall.</p> <p>Eine psychotherapeutische Behandlung ist erstattungsfähig, wenn sie von einem Arzt, Heilpraktiker oder approbierten Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.</p> <p>Die Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ist auch über die Höchstsätze hinaus erstattungsfähig, die sich aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten (GOP) in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergeben. Bei unangemessener Höhe, kann der Versicherer seine Leistungen aber auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.</p>	<p>Ärzte, approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht wird.</p> <p>Übernommen werden tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie.</p>	<p>Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%, soweit sie von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder von approbierten, im Arztregister eingetragenen und in eigener Praxis tätigen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt werden.</p> <p>Ab der 31. Sitzung ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.</p> <p>Übernommen werden tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie.</p>	<p>Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen wird Psychotherapie durch Ärzte oder, soweit eine fachärztliche Feststellung der Erkrankung erfolgte und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn (ausgenommen maximal fünf probatorische Sitzungen) schriftlich zusagt, durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.</p>

Vorsorgeuntersuchung: Für welche Vorsorgeuntersuchungen werden die Kosten erstattet?

A+ Vorsorgeuntersuchungen	A+ Vorsorgeuntersuchungen	A+ Vorsorgeuntersuchungen	B Vorsorgeuntersuchungen	A+ Vorsorgeuntersuchungen
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Erstattet werden sämtliche ambulanten Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der „Mutterschafts- Richtlinien“.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Erstattet werden ambulante Vorsorgeuntersuchungen ohne Einschränkung auf gesetzliche Programme, ohne Alters- und Diagnosebeschränkung sowie ohne zeitliche Einschränkung.</p> <p>Zusätzliche Vorsorgepauschale: Sofern keine anderen Leistungen - auch nicht für Vorsorgeleistungen außerhalb der Vorsorgepauschale - im Versicherungsjahr in Anspruch genommen werden, können bestimmte Vorsorgeleistungen in definierten Intervallen in Anspruch genommen werden, ohne dabei die Beitragsrückerstattung zu gefährden und</p>	<p>NK.2 Erstattet werden gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus und ohne Altersbeschränkungen.</p>	<p>BUSINESS Erstattet werden gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbeschränkungen und Untersuchungsintervalle.</p>	<p>A80 Erstattet werden sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten notwendigen ambulanten Untersuchungen.</p>

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
ohne Selbstbehalt zahlen zu müssen.				
Hausarztprinzip: Wer gilt laut Versicherer als Hausarzt und welche Folgen hat eine Verletzung des Hausarztprinzips?				
A+ kein Primärarzttarif EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Kein Primärarzttarif.	A+ kein Primärarzttarif AktiMed Best 90 (AMB90U) Kein Primärarzttarif.	A+ kein Primärarzttarif NK.2 Kein Primärarzttarif.	A+ kein Primärarzttarif BUSINESS Kein Primärarzttarif.	A+ kein Primärarzttarif A80 Kein Primärarzttarif.

Stationär

Ambulante Operationen: Was leistet der Tarif bei ambulanten Operationen, die stationäre Behandlungen ersetzen?

A+ ambulante Operationen EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für ambulante Operationen erstattet.	A+ ambulante Operationen AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für ambulante Operationen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.	A+ ambulante Operationen NK.2 100% der Kosten werden für ambulante Operationen erstattet.	A+ ambulante Operationen BUSINESS 100% der Kosten werden für ambulante Operationen erstattet.	A- ambulante Operationen K/S Keine Tarifleistung. Information: Ambulante Operationen werden im Rahmen der ambulanten Tarifbausteine erstattet. K 20 Keine Tarifleistung. Information: Ambulante Operationen werden im Rahmen der ambulanten Tarifbausteine erstattet.
--	---	---	---	--

Gemischte Anstalten: Unter welchen Bedingungen leistet der Tarif für Behandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren / Sanatoriumsbehandlung durchführen bzw. Rekonvaleszenten aufnehmen?

A- gemischte Anstalten EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Soweit die gemischten Anstalten unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Eine schriftliche Zusage ist nicht notwendig,	B+ gemischte Anstalten AktiMed Best 90 (AMB90U) Soweit die gemischten Anstalten unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen. Der Versicherer verzichtet auf die vorherige schriftliche Zusage, soweit - eine sofortige stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls (z.B. akut	B+ gemischte Anstalten NK.2 Soweit die gemischten Anstalten unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen. Einer schriftlichen Zusage bedarf es nicht, soweit - es sich um eine Notfalleinweisung handelt, - es sich um die ersten drei Wochen einer	B+ gemischte Anstalten BUSINESS Soweit die gemischten Anstalten unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen. Der Versicherer verzichtet auf das Erfordernis der schriftlichen Zusage, soweit -es sich um eine Notfallbehandlung	A- Genesungskur K/S 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. Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn - es sich um eine medizinisch notwendige
---	--	---	---	--

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>- soweit ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,</p> <p>- bei Notfallbehandlung,</p> <p>- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer solchen Krankenanstalt akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.</p> <p>Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,</p> <p>-sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.</p>	<p>lebensbedrohlicher Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist oder</p> <p>- eine sofortige stationäre Heilbehandlung wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt oder</p> <p>- das Krankenhaus das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz ist.</p>	<p>medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung handelt, die innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, die von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Anschlussheilbehandlung zugelassen ist. Dabei muss die Anschlussheilbehandlung jedoch vor Behandlungsbeginn schriftlich beantragt und beschieden werden.</p> <p>- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.</p>	<p>handelt oder</p> <p>-die gemischte Anstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person oder</p> <p>-während des Aufenthalts in der gemischten Anstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert.</p>	<p>stationäre Anschlussheilbehandlung handelt, die innerhalb von acht Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde,</p> <p>- es sich um eine Notfalleinweisung handelt,</p> <p>- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person ist oder</p> <p>- während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.</p> <p>K 20 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.</p> <p>Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn</p> <p>- es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt, die innerhalb von acht Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde,</p> <p>- es sich um eine Notfalleinweisung handelt,</p> <p>- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person ist oder</p> <p>- während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.</p>

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage



Privatkliniken: Welche Erstattungsregelung gilt, wenn das Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnet?

<p>A+ Leistungsumfang/ Privatkliniken</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Erstattung erfolgt im gleichen Umfang wie in einem Versorgungskrankenhaus.</p> <p>Es wird für die allgemeine Pflegeklasse (i.d.R. Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten geleistet. Als Wahlleistungen gelten die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.</p>	<p>A+ Leistungsumfang/ Privatkliniken</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Aufwendungen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100% für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterkunft und Verpflegung im Ein, Zwei- oder Mehrbettzimmer sowie für Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, medizinisch begründete Nebenkosten und die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte. Erstattungsfähig sind diese Aufwendungen maximal bis zu dem Betrag, der die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung durchschnittlich berechenbaren Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen um nicht mehr als 100% übersteigt. Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für die Behandlung berechnet hätte. - ärztliche Behandlung, nur soweit sie nach der GOÄ berechnet wurde. - Leistungen der Beleg-Hebammen und -Entbindungspfleger. <p>Bei Notfällen wird, abweichend davon, für die entstandenen Aufwendungen geleistet.</p>	<p>A+ Leistungsumfang/ Privatkliniken</p> <p>NK.2 Es wird für die allgemeine Pflegeklasse (i.d.R. Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie für die Leistung einer Hebamme oder Entbindungspfleger geleistet, jedoch in Deutschland maximal 200% der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß BPflV bzw. KHEntgG. Die Begrenzung entfällt bei einem Notfall.</p> <p>Als Wahlleistungen gelten die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.</p>	<p>A+ Leistungsumfang/ Privatkliniken</p> <p>BUSINESS Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Erstattung erfolgt im gleichen Umfang wie in einem Versorgungskrankenhaus.</p>	<p>A+ Leistungsumfang/ Privatkliniken</p> <p>K/S Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Erstattung erfolgt im gleichen Umfang wie in einem Versorgungskrankenhaus.</p> <p>K 20 Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Erstattung erfolgt im gleichen Umfang wie in einem Versorgungskrankenhaus.</p>
--	---	---	--	---

GOÄ - Ärzte stationär: Werden die ärztlichen Leistungen im Krankenhaus bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet?

<p>A+ GOÄ- Höchstsätze</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1)</p>	<p>A+ GOÄ- Höchstsätze</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U)</p>	<p>A+ GOÄ- Höchstsätze</p> <p>NK.2</p>	<p>A+ GOÄ- Höchstsätze</p> <p>BUSINESS</p>	<p>A+ GOÄ- Höchstsätze</p> <p>K/S</p>
---	--	--	--	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.	Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.	Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.	Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.	Nein, keine Tarifleistung. K 20 Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.
GOÄ - Ärzte stationär darüber: In welchem Umfang werden ärztlichen Leistungen im Krankenhaus auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus erstattet?				
A+ GOÄ- auch über die Höchstsätze	A+ GOÄ- auch über die Höchstsätze	A+ GOÄ- auch über die Höchstsätze	A+ GOÄ- auch über die Höchstsätze	A+ GOÄ- auch über die Höchstsätze
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ (§ 5 II der AVB beachten).	AktiMed Best 90 (AMB90U) Keine explizite Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ.	NK.2 Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ (§ 5 II der AVB beachten).	BUSINESS Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	K/S Keine Tarifleistung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus. K 20 Keine explizite Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ.
GOÄ - Ärzte stationär Ausland: In welchem Umfang wird der Rechnungsbetrag für Arztkosten im Ausland erstattet, wenn das ausländische Krankenhaus gezielt zur Behandlung aufgesucht wird?				
A+ Ärzte im Ausland	A- Ärzte im Ausland	B+ Ärzte im Ausland	A- Ärzte im Ausland	A+ Ärzte im Ausland
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten auch über die Höchstsätze der im jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten hinaus erstattet.	AktiMed Best 90 (AMB90U) Zum versicherten Prozentsatz bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre. Ärztliche Leistungen müssen den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.	NK.2 Zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre. (Vergleichswerte Gebührenordnungen, Bundespflegesatzverordnung, Krankenhausentgeltgesetz bzw. Pflegeklassen). Die Einschränkung auf die Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre, gilt nicht, soweit - die medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland nicht oder nur teilweise in der BRD durchführbar gewesen wäre oder - der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder - im Rahmen eines Notfalls (= einer nicht planbaren Behandlung) ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	BUSINESS Zum versicherten Prozentsatz bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre. (Vergleichswerte auch über die Höchstsätze der GOÄ.)	K/S Keine Tarifleistung. K 20 Es besteht keine explizite Leistungsbegrenzung im Ausland (§ 5 II AVB beachten).
Ausland unbegrenzt - akut				
✔	✘	✔	✘	✘

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
--	--	------------------------	------------------------------	--

Ausland unbegrenzt - gezielt



Psychotherapie stationär: Welche Leistungen werden bei einer ärztlich verordneten stationären Psychotherapie übernommen?

A+ Psychotherapie	A Psychotherapie	A+ Psychotherapie	A+ Psychotherapie	A+ Psychotherapie
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für die medizinisch notwendige psychotherapeutische Heilbehandlung erstattet.</p> <p>Übernommen werden auch die Kosten für das Ein- oder Zweibettzimmer und den Privatarzt.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für medizinisch notwendige psychotherapeutische Heilbehandlung bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden die Kosten für das Zweibettzimmer und den Privatarzt.</p>	<p>NK.2 100% der Kosten werden für die medizinisch notwendige psychotherapeutische Heilbehandlung erstattet.</p> <p>Übernommen werden allgemeine Krankenhausleistungen sowie Ein- oder Zweibettzimmer und Privatarzt.</p>	<p>BUSINESS 100% der Kosten werden für die medizinisch notwendige psychotherapeutische Heilbehandlung erstattet.</p> <p>Übernommen werden allgemeine Krankenhausleistungen sowie Ein- oder Zweibettzimmer und Privatarzt.</p>	<p>K/S 100% der Kosten werden für die medizinisch notwendige Heilbehandlung erstattet. Übernommen werden die Differenzkosten zwischen Ein- und Zweibettzimmer.</p> <p>K 20 100% der Kosten werden für die medizinisch notwendige psychotherapeutische Heilbehandlung erstattet.</p> <p>Übernommen werden allgemeine Krankenhausleistungen sowie Zweibettzimmer mit Privatarzt.</p>

Anschlussheilbehandlung (Reha): Welche Leistungen werden bei der Anschlussheilbehandlung (Reha) übernommen a) nach Vorleistung der gesetzlichen Leistungsträger, b) wenn kein gesetzlicher Rehabilitationsträger vorhanden ist?

A- Anschlussheilbehandlung	C Anschlussheilbehandlung	B Anschlussheilbehandlung	A- Anschlussheilbehandlung	A Anschlussheilbehandlung
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen erstattet, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Der Versicherer weist in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hin. Bei Nutzung einer solchen Kooperation wird für die Dauer des Krankenhausaufenthalts, längstens jedoch für drei Wochen zusätzlich ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25€ je Tag gezahlt.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit der Versicherer dies vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Übernommen werden Krankenhauspfege, Versorgung mit Arzneimitteln, ärztliche Leistungen (nur soweit nach der GOÄ berechnet) sowie medizinisch begründete Nebenkosten (einschließlich der Kosten für die medizinische notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen), Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer und Verpflegung.</p> <p>Information: Um die Zusage erteilen zu</p>	<p>NK.2 100% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen erstattet, soweit der Versicherer vor Beginn eine schriftliche Zusage erteilt hat.</p> <p>Übernommen wird auch eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung bis zu drei Wochen, welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger vor Beginn der AHB schriftlich gestellt wurde. Leistungen des Rehabilitationsträgers sind vorrangig in</p>	<p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen erstattet, soweit: - für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und - die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und - die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und - zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.</p>	<p>K/S 100% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen erstattet.</p> <p>Übernommen werden - soweit ein Kostenträger vorhanden ist, die Wahlleistungen als Kostenersatz oder als Ersatzkrankenhaustagegeld - soweit kein Kostenträger vorhanden ist, die tariflich vereinbarten Leistungen.</p> <p>K 20 100% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen erstattet.</p> <p>Übernommen werden - soweit ein Kostenträger vorhanden ist, die Wahlleistungen als Kostenersatz oder als Ersatzkrankenhaustagegeld - soweit kein Kostenträger vorhanden ist,</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>können, prüft der Versicherer, ob und in welchem Umfang er nach a) und b) und den sonstigen vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet ist. Zu diesem Zweck kann er verlangen, dass die versicherte Person ihm dafür einen Befundbericht vorlegt.</p> <p>a) Anschlussheilbehandlung ist eine teilstationäre oder stationäre Weiterbehandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht, soweit der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann. Ob ein enger zeitlicher Zusammenhang vorliegt, bestimmt sich nach der zu behandelnden Erkrankung oder Unfallfolge. Unabhängig davon liegt er immer vor, wenn die versicherte Person die stationäre Anschlussheilbehandlung innerhalb von 2 Wochen beginnt, nachdem die akute stationäre Heilbehandlung beendet worden ist.</p> <p>b) Erstattungsfähig sind Anschlussheilbehandlungen z.B. bei Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie), bei degenerativ-rheumatischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie), bei neurologischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und bei onkologischen Krankheiten (Erste Krebsnachsorge).</p>	<p>Anspruch zu nehmen. Eine schriftliche Zusage ist dabei nicht erforderlich.</p> <p>Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden.</p> <p>Sofern die stationäre AHB länger als drei Wochen andauert, bzw. später als 28 Tage beginnt, ist hierfür eine vorherige Zusage notwendig. Ist die Verlängerung der stationären Behandlung medizinisch notwendig, wird eine Leistungszusage für diesen Zeitraum erteilt.</p>	<p>Übernommen werden Einbettzimmer mit Privatarzt.</p>	<p>die tariflich vereinbarten Leistungen.</p>
Stationäre Unterkunft: Welche Art von Unterkunft und welche ärztlichen Leistungen werden erstattet?				
<p>A+ Einbettzimmer/ Privatarzt</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) ---Einbettzimmer mit Privatarzt.</p>	<p>A+ Einbettzimmer/ Privatarzt</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Einbettzimmer mit Privatarzt.</p>	<p>A+ Einbettzimmer/ Privatarzt</p> <p>NK.2 Einbettzimmer mit Privatarzt.</p>	<p>A+ Einbettzimmer/ Privatarzt</p> <p>BUSINESS Einbettzimmer mit Privatarzt.</p>	<p>A+ Einbettzimmer</p> <p>K/S ---Einbettzimmer mit Privatarzt. K 20 Zweibettzimmer mit Privatarzt.</p>

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Transportkosten im Inland: In welchem Umfang erstattet der Tarif Fahrten und Transporte zum und vom Krankenhaus?

<p>A - Transportkosten</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für notwendige Transporte zum und vom Krankenhaus erstattet.</p>	<p>A + Transportkosten</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Transporte und Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal. Fahrten sind solche im Taxi, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug (0,30€ pro gefahrenem Kilometer) und werden bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit bis max. 50€ pro Fahrt (Hin- und Rückfahrt insgesamt) erstattet.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch medizinisch nicht notwendige Transportkosten, wenn sich die versicherte Person innerhalb Deutschlands in ein anderes Krankenhaus verlegen lässt. Voraussetzung ist, dass der weitere Stationäraufenthalt voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauert und die Verlegung über den Versicherer organisiert wird.</p>	<p>B + Transportkosten</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattet.</p>	<p>B + Transportkosten</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus erstattet.</p>	<p>B + Transportkosten</p> <p>K/S Keine Tarifleistung. K 20 100% für medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen behandlungsfähigen Krankenhaus.</p>
---	--	--	---	---

Stationäre Auslandsbehandlung: Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden?

<p>A + stationäre Auslandsbehandlung</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja.</p>	<p>A - stationäre Auslandsbehandlung</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Die Aufwendungen für stationäre Behandlungen im Ausland werden im gleichen Umfang wie im Inland übernommen, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.</p>	<p>A + stationäre Auslandsbehandlung</p> <p>NK.2 Ja.</p>	<p>A + stationäre Auslandsbehandlung</p> <p>BUSINESS Ja.</p>	<p>A + stationäre Auslandsbehandlung</p> <p>K/S Nein. K 20 Ja.</p>
---	--	--	--	---

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Zahn

GOZ - Zahnärzte: Werden die zahnärztlichen Leistungen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet?

A+ GOZ- Höchstsatz EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja, bis zum Höchstsatz der GOZ.	A+ GOZ- Höchstsatz AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, bis zum Höchstsatz der GOZ.	A+ GOZ- Höchstsatz NK.2 Ja, bis zum Höchstsatz der GOZ.	A+ GOZ- Höchstsatz BUSINESS Ja, bis zum Höchstsatz der GOZ.	A+ GOZ- Höchstsatz Z100/80 Ja, bis zum Höchstsatz der GOZ.
--	---	---	---	--

GOZ - Zahnärzte darüber: Werden zahnärztliche Leistungen auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang?

A+ GOZ- auch über Höchstsatz EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja. Keine Begrenzung auf den Höchstsatz der GOZ.	A+ GOZ- auch über Höchstsatz AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja. Keine Begrenzung auf den Höchstsatz der GOZ.	A+ GOZ- auch über Höchstsatz NK.2 Ja. Keine Begrenzung auf den Höchstsatz der GOZ.	A+ GOZ- auch über Höchstsatz BUSINESS Ja, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	0 keine Leistung über GOZ- Höchstsatz Z100/80 Nein. Keine Tarifleistung.
---	--	--	---	--

Zahnleistung - Erstattung in %: In welchem Umfang leistet der Tarif bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie?

A+ Zahnbehandlung/ Zahnersatz/ Kieferorthopädie EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% für Zahnbehandlung. 90% der Kosten werden für Zahnersatz erstattet. Ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans werden die Kosten über 1500€ vorab um 50% (= Erstattung von 45%) gekürzt. 90% der Kosten werden für Kieferorthopädie erstattet. Ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans werden die Kosten über 1500€ vorab um 50% (= Erstattung von 45%) gekürzt.	A Zahnbehandlung/ Zahnersatz/ Kieferorthopädie AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100% für Zahnbehandlung. 76,5% bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 85% für Zahnersatz. 76,5% bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 85% für Kieferorthopädie, soweit versicherte Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die Behandlung aufgrund eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung erfolgt. Information: Als Unfall gilt nicht, soweit durch Nahrungsaufnahme (z.B. Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird. Schwere Erkrankungen im vorstehend genannten Sinne sind angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer,	A- Zahnbehandlung/ Zahnersatz/ Kieferorthopädie NK.2 100% für Zahnbehandlung bis zu einem Gesamtbetrag von 550€ für Zahnersatz und Zahnbehandlung im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 75%. 100% für Zahnersatz bis zu einem Gesamtbetrag von 550€ für Zahnersatz und Zahnbehandlung im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 75%, ohne Heil- und Kostenplan für die 2500€ übersteigende Kosten 37,5%. 75% für Kieferorthopädie. (Bei Implantaten ohne Heil- und Kostenplan stets 50 bzw. 37,5%)	A+ Zahnbehandlung/ Zahnersatz/ Kieferorthopädie BUSINESS 100% für Zahnbehandlung. 85% für Zahnersatz, ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans Kosten von über 2000€ zu 42,5%. 85% für Kieferorthopädie, ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans Kosten von über 2000€ zu 42,5%.	A Zahnbehandlung/ Zahnersatz/ Kieferorthopädie Z100/80 100% für Zahnbehandlung. 80% für Zahnersatz. 80% für Kieferorthopädie.
--	--	---	---	---

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	skelettale Dysgnathie oder eine verletzungsbedingte Kieferfehlstellung.			
Kein Preisverzeichnis Zahn				
✔	✘	✔	✔	✔
Implantate: In welchem Umfang werden Implantate erstattet?				
A+ Implantate EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 90% der Kosten werden für Implantate erstattet. Ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans werden die Kosten über 1500€ vorab um 50% (= Erstattung von 45%) gekürzt.	A+ Implantate AktiMed Best 90 (AMB90U) 76,5% für Implantate bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 85%. Übernommen werden implantologische Leistungen einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen (z.B. dem Aufbau des Kieferknochens).	A- Implantate NK.2 100% der Kosten werden für Implantate bis zu einem Gesamtbetrag von 550€ für Zahnersatz und Zahnbehandlung im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 75%, soweit ein Heil- und Kostenplan die medizinische Notwendigkeit begründet. Ohne Vorlage eines Heil- und Kostenplans erfolgt die Erstattung zur Hälfte, also zu 50% bzw. 37,5%.	B Implantate BUSINESS 85% der Kosten werden für Implantate erstattet, ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans die Kosten von über 2000€ nur zu 42,5%. Übernommen werden für maximal sechs Implantate je Kiefer implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragener Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten und augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).	A Implantate Z100/80 80% der Kosten werden für Implantate erstattet. Ohne Heil- und Kostenplan zu 60%. Übernommen werden implantologische Leistungen (einschließlich knochenaufbauender Maßnahmen) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.
Inlays: In welchem Umfang werden Inlays erstattet?				
A+ Inlays EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Inlays erstattet.	A+ Inlays AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% für Inlays bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100%.	A Inlays NK.2 100% der Kosten werden für Inlays bis zu einem Gesamtbetrag von 550€ für Zahnersatz und Zahnbehandlung im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 75%.	A Inlays BUSINESS 85% der Kosten werden für Inlays erstattet, ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans die Kosten von über 2000€ nur zu 42,5%.	A+ Inlays Z100/80 100% der Kosten werden für Inlays erstattet.
Prophylaxe: In welchem Umfang erstattet der Tarif prophylaktische zahnärztliche Leistungen?				
A+ Prophylaxe EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für prophylaktische zahnärztliche Leistungen erstattet. Übernommen werden z.B: Erstellung eines Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und	A+ Prophylaxe AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für prophylaktische zahnärztliche Leistungen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen wird Zahnprophylaxe gemäß	A+ Prophylaxe NK.2 100% der Kosten werden für prophylaktische zahnärztliche Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 550€ für Zahnersatz und Zahnbehandlung im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 75%.	A+ Prophylaxe BUSINESS 100% der Kosten werden für prophylaktische zahnärztliche Leistungen erstattet.	A+ Prophylaxe Z100/80 100% der Kosten werden für prophylaktische zahnärztliche Leistungen erstattet.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung; Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung; Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung; Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung ausgenommen Bleaching); Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen; Fissurenversiegelung.</p>	<p>der GOZ sowie professionelle Zahnreinigung (gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume, Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie Fluoridierungen).</p>			
<p>Gnathologie: In welchem Umfang werden funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen übernommen?</p>				
<p>A+ Gnathologie</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 90% der Kosten werden für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen erstattet. Ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans werden die Kosten über 1500€ vorab um 50% (= Erstattung von 45%) gekürzt.</p>	<p>A Gnathologie</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 76,5% der Kosten werden für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 85%.</p>	<p>A+ Gnathologie</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 550€ für Zahnersatz und Zahnbehandlung im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 75%. Ab voraussichtlichen Kosten von mehr als 2500€ ist jedoch ein Heil- und Kostenplan einzureichen, ansonsten erfolgt Erstattung nur zu 37,5% für den 2500€ übersteigenden Teil.</p>	<p>A Gnathologie</p> <p>BUSINESS 85% der Kosten werden für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen erstattet, ohne rechtzeitige Vorlage eines Heil- und Kostenplans die Kosten von über 2000€ nur zu 42,5%.</p>	<p>A Gnathologie</p> <p>Z100/80 80% der Kosten werden für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen erstattet. Ohne Vorlage eines Heil- und Kostenplans zu 60%.</p>
<p>Material- und Laborkosten: In welchem Umfang werden Material- und Laborkosten erstattet?</p>				
<p>A Material- und Laborkosten</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Material- und Laborkosten sind entsprechend der jeweiligen auf Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallenden Erstattungsprozentsätze erstattungsfähig.</p>	<p>B+ Material- und Laborkosten</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Material- und Laborkosten sind entsprechend der jeweiligen auf Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallenden Erstattungsprozentsätze bis zu den Höchstbeträgen des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses erstattungsfähig.</p>	<p>A Material- und Laborkosten</p> <p>NK.2 Material- und Laborkosten sind entsprechend der jeweiligen auf Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallenden Erstattungsprozentsätze erstattungsfähig.</p>	<p>A Material- und Laborkosten</p> <p>BUSINESS Material- und Laborkosten sind entsprechend der jeweiligen auf Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallenden Erstattungsprozentsätze erstattungsfähig.</p>	<p>A Material- und Laborkosten</p> <p>Z100/80 Material- und Laborkosten sind entsprechend der jeweiligen auf Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallenden Erstattungsprozentsätze erstattungsfähig.</p>
<p>Entfällt Summenbegrenzung bei Unfall: Entfällt die tarifliche Summenbegrenzung (Jahreshöchstsätze) bei Unfall?</p>				
<p>A+ keine Summenbegrenzung bei Unfall</p>	<p>A+ keine Summenbegrenzung bei Unfall</p>	<p>A+ keine Summenbegrenzung bei Unfall</p>	<p>A+ keine Summenbegrenzung bei Unfall</p>	<p>A+ keine Summenbegrenzung bei Unfall</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja, die Summenbegrenzung entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen.	AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, die Summenbegrenzung entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen.	NK.2 Ja, soweit sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist.	BUSINESS Ja, die Summenbegrenzung entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen. Information: Als Unfall gilt nicht, soweit der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.	Z100/80 Ja, die Summenbegrenzung entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen.

Heil- und Kostenplan: Muss dem Versicherer bei Zahnbehandlung (ZB), Zahnersatz (ZE) und Kieferorthopädie (KFO) vor dem Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

B Heil- und Kostenplan	A+ Heil- und Kostenplan	B - Heil- und Kostenplan	B Heil- und Kostenplan	B Heil- und Kostenplan
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gnathologie ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, soweit die voraussichtlichen Kosten 1500€ übersteigen. Ohne rechtzeitige Vorlage werden die Kosten von über 1500€ vorab um 50% gekürzt.	AktiMed Best 90 (AMB90U) Nicht erforderlich. Es wird jedoch empfohlen, bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Gnathologie sowie Inlays einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Information: Der Versicherer informiert unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen.	NK.2 Ja, wenn die voraussichtlichen Kosten 2500€ übersteigen, muss für Zahnersatz vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Ohne Vorlage wird der 2500€ übersteigende Teil nur zur Hälfte (= 37,5%) erstattet. Für Implantate muss stets vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Ohne Vorlage unabhängig vom Rechnungsbetrag zur Hälfte der tariflichen Leistung. Mit dem Heil- und Kostenplan ist die medizinische Notwendigkeit der zahnärztlichen Behandlung nachzuweisen.	BUSINESS Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Gnathologie und Implantaten ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Kosten 2000€ übersteigen. Ohne Vorlage wird der 2000€ übersteigende Teil nur noch zur Hälfte der tariflichen Leistungen erstattet.	Z100/80 Ja, bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist dem Versicherer vor der eigentlichen Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Ansonsten werden die tariflichen Leistungen um 20 Prozentpunkte gekürzt. Der Versicherer wird nach Möglichkeit innerhalb von 14 Tagen nach Vorlage den Versicherungsnehmer über seinen Erstattungsanspruch unterrichten.

Kurtagegeld

Geltungsbereich Kur: In welchem Geltungsbereich (europäisch und/ oder außereuropäisch) werden die Kurleistungen erbracht?

A - Geltungsbereich weltweit begrenzt	—	—	—	—
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa. Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang Versicherungsschutz, darüber hinaus, solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann. Im außereuropäischen Ausland besteht unter folgenden Voraussetzungen zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz:				

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>- Für die versicherte Person besteht beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung. - Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthalts fortgeführt.</p>				
Leistungsdauer Kur: In welchen Zeitabständen und für welche Dauer werden Kurleistungen erbracht?				
<p>A+ Leistungsdauer Kur</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Für Genesungskuren keine zeitliche Beschränkung - allerdings wird das neben den allgemeinen Kurleistungen gezahlte Genesungsgeld längstens für die Dauer von vier Wochen gezahlt. Die Aufwendungen für sonstige Kuren sind höchstens für eine Kur innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.</p>	-	-	-	-
Vorleistung Kur: Was wird geleistet, wenn andere Leistungsträger bereits Vorleistungen erbringen?				
<p>A+ auch bei Vorleistung anderer</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Die Tarifleistungen werden dann nicht gemindert.</p>	-	-	-	-
Wartezeit Kur: Welche Wartezeiten sind zu erfüllen?				
<p>A+ Wartezeiten</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es bestehen keine Wartezeiten.</p>	-	-	-	-
Berufskrankheiten Kur: In welchem Umfang sind Berufsunfälle und Berufskrankheiten im Kurtarif mitversichert?				
<p>0 keine Berufskrankheiten</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Keine Tarifaussage.</p>	-	-	-	-

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Genesungskur: Was erstattet der Tarif bei einer Genesungskur?				
<p>A+ Genesungskur</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Genesungskuren erstattet.</p> <p>Übernommen werden bei Genesungskuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, ärztliche Beratung, Besuche und Verrichtungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen), Kurtaxe.</p> <p>Zusätzlich ein Genesungstagegeld in Höhe von 200€ für längstens vier Wochen je Kur gezahlt.</p> <p>Information: Als Genesungskur im Sinne dieses Tarifs gilt eine Kur, der eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die medizinische Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen wird. Ansonsten liegt eine sonstige Kur vor, deren medizinische Notwendigkeit auch durch ein Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen ist.</p>	-	-	-	-
Kur sonstige: Was leistet der Tarif bei sonstigen Kuren?				
<p>A+ sonstige Kur</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für sonstige Kuren einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet.</p> <p>Übernommen werden bei sonstigen Kuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, ärztliche Beratung, Besuche</p>	-	-	-	-

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>und Verrichtungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen), Kurtaxe.</p> <p>Information: Als Genesungskur im Sinne dieses Tarifs gilt eine Kur, der eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die medizinische Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen wird. Ansonsten liegt eine sonstige Kur vor, deren medizinische Notwendigkeit auch durch ein Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen ist.</p>				

Auslandsreisekrankenversicherung

Geltungsbereich Europa: Wie lange besteht der Versicherungsschutz im europäischen Ausland?

—	<p>A+ Geltungsbereich Europa</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit.</p>	—	—	—
---	---	---	---	---

Geltungsbereich außereuropäisch: Wie lange besteht der Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland?

—	<p>A- Geltungsbereich außereuropäisch begrenzt</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Während der ersten zwölf Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwölf Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p> <p>Der Versicherungsschutz kann durch</p>	—	—	—
---	--	---	---	---

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>Ausdehnungsvereinbarung gegen Beitragszuschlag um bis zu fünf ununterbrochene Jahre im Anschluss an den zwölfmonatigen Versicherungsschutz verlängert werden. Der Antrag auf Ausdehnung ist vor der Ausreise ins außereuropäische Ausland zu stellen, spätestens jedoch bevor der zwölfmonatige Versicherungsschutz abgelaufen ist.</p>			
<p>Auslandsrücktransport: Werden die Kosten für einen medizinisch angezeigten Auslandsrücktransport erstattet, und wenn ja, in welcher Höhe?</p>				
<p>—</p>	<p>A+ Auslandsrücktransport</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Rücktransporte (auch im Ambulanzflugzeug) einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden die Aufwendungen bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport des Erkrankten oder wenn nach Abstimmung des Vertragsarztes der Notrufzentrale des Versicherers mit dem behandelnden Arzt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.</p> <p>Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Optionsrecht

Optionsrecht: Welche Option auf Anpassung des Versicherungsschutzes bietet der Tarif?

Info Optionsrecht	—	—	—	—
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1)</p> <p>1) Der Tarif beinhaltet die Option auf Umstellung in Krankheitskostenvollversicherungstarife mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten.</p> <p>Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.</p> <p>a) Die Umstellung kann nach drei, fünf oder sieben Versicherungsjahren zum 01. des darauf folgenden Monats beantragt werden. Die Umstellung muss jeweils vor Ablauf des entsprechenden Versicherungsjahr beantragt werden.</p> <p>Im letzten Monat vor Beginn des Tarifs Barmenia einsA expert+ für die versicherte Person darf keine andere Krankheitskosten- Vollversicherung beim Versicherer bestanden haben. Auch darf der Versicherungsnehmer innerhalb der Tariflinie Barmenia einsA nicht bereits zuvor das Optionsrecht geltend gemacht hat.</p> <p>b) Die Umstellung ist auch während der ersten 15 Versicherungsjahre erfolgen, bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person, bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit zwischen Angestelltenverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit sowie bei</p>				

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Entsendung ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfindet.</p> <p>Dabei muss die Umstellung spätestens drei Monate nach Eintritt des Ereignisses zum 01. Des darauffolgenden Monats beantragt und dem Antrag ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beigefügt wird.</p> <p>c) Innerhalb von zwei Versicherungsjahren nach Reduzierung des Versicherungsschutzes kann der Tarif auf einen höheren oder umfassenderen Versicherungsschutz oder innerhalb des Tarif Barmenia einsA expert+ in eine niedrigere Selbstbehaltstufe umgestellt werden.</p> <p>Dabei muss die Umstellung vor Ablauf des zweiten Versicherungsjahrs nach Reduzierung zum 01. Des darauffolgenden Monats beantragt werden.</p> <p>2) Der Tarif beinhaltet weiterhin die Option für Studenten auf Vereinbarung eines Krankentagegeldes, soweit mit Beendigung des Studiums gleichzeitig eine selbstständige berufliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit als Arbeitnehmer aufgenommen wird.</p> <p>Für Selbstständige kann ein Krankentagegeld ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen werden, für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Das Krankentagegeld kann dabei bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, maximal jedoch 130% des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes</p>				

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer, vereinbart werden.</p> <p>Der Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, soweit die Hinzunahme der Krankentagegeldversicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt wird und zum Ersten des auf die Antragsstellung folgenden Monats erfolgen.</p> <p>Es entstehen dabei auch keine neuen Wartezeiten.</p> <p>Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis auch auf den Beitrag des neu hinzukommenden Tarifs erhoben.</p>				

Allgemein

Beitragsrückerstattung Hinweise: Welche Besonderheiten sind bei der Beitragsrückerstattung zu berücksichtigen?

Info Beitragsrückerstattung	Info Beitragsrückerstattung	Info Beitragsrückerstattung	Info Beitragsrückerstattung	Info Beitragsrückerstattung
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Der Tarif beinhaltet folgende erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in Monatsbeiträgen (MB):</p> <p>1 leistungsfreies Jahr: 1,0 MB (auch anteilig bei unterjährigem Beginn), 2 leistungsfreie Jahre: 1,5 MB, 3 leistungsfreie Jahre: 2,0 MB, 4 leistungsfreie Jahre: 2,5 MB, 5 leistungsfreie Jahre: 3,0 MB.</p> <p>PVN Keine Beitragsrückerstattung.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Der Tarif beinhaltet folgende erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in Prozent des Jahresbeitrags (JB):</p> <p>1 leistungsfreies Jahr: 15% JB, 2 leistungsfreie Jahre: 20% JB, 3 leistungsfreie Jahre: 25% JB, 4 leistungsfreie Jahre: 30% JB.</p> <p>Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr beträgt die eBRE in Prozent des Jahresbeitrags (JB):</p> <p>Ab dem ersten leistungsfreien Jahr: 35% JB.</p> <p>PVN Keine Beitragsrückerstattung.</p>	<p>NK.2 Der Tarif beinhaltet folgende erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in Monatsbeiträgen (MB):</p> <p>Ein leistungsfreies Jahr: 1,0 MB, zwei leistungsfreie Jahre: 1,5 MB, drei leistungsfreie Jahre: 2,0 MB, vier leistungsfreie Jahre: 2,5 MB, fünf leistungsfreie Jahre: 3,0 MB.</p> <p>PVN Keine Beitragsrückerstattung.</p>	<p>BUSINESS Bei Leistungsfreiheit in diesem Tarif wird für Erwachsene eine garantierte Beitragsrückerstattung als Pauschalleistung gewährt. Der Pauschalleistungs-Grundbetrag beträgt 400€ (bei unterjährigem Beginn reduziert sich dieser um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat) jedoch nicht mehr als 1/12 der im abzurechnenden Geschäftsjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag).</p> <p>Bei Leistungsfreiheit ab erstmaligem Versicherungsbeginn wird das Vierfache des Pauschalleistungs-Grundbetrags (1600€) ausbezahlt.</p> <p>Nach einer Leistungsanspruchnahme</p>	<p>A80 Der Tarif beinhaltet folgende erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in Monatsbeiträgen (MB):</p> <p>1 leistungsfreies Jahr: 2 MB, 2 leistungsfreie Jahre: 3 MB, 3 leistungsfreie Jahre: 4 MB.</p> <p>K/S Keine Beitragsrückerstattung.</p> <p>K 20 Keine Beitragsrückerstattung.</p> <p>Z100/80 Keine Beitragsrückerstattung.</p> <p>PVN Keine Beitragsrückerstattung.</p>

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
			<p>wird ein erneuter Anspruch auf die Pauschalleistung nach folgender Staffel erworben:</p> <p>1 leistungsfreies Jahr: Einfacher Pauschalleistungs-Grundbetrag (400€), 2 leistungsfreie Jahre: Zweifacher Pauschalleistungs-Grundbetrag (800€), 3 leistungsfreie Jahre: Dreifacher Pauschalleistungs-Grundbetrag (1200€), 4 leistungsfreie Jahre: Vierfacher Pauschalleistungs-Grundbetrag (1600€).</p> <p>Diese Staffel gilt auch bei einer erneuten Versicherung dieses Tarifs.</p> <p>Soweit sich im Durchschnitt die Neugeschäftsbeiträge der 21- bis 65-Jährigen erhöhen, wird der Pauschalleistungs-Grundbetrag um 3% erhöht und auf volle 10€ aufgerundet. Eine Rückwirkung auf abgeschlossene Geschäftsjahre ergibt sich dabei nicht.</p> <p>PVN Keine Beitragsrückerstattung.</p>	
Beitragsrückerstattung als Barleistung				
✓	✓	✓	✓	✓
Beitragsrückerstattung als Pauschalleistung				
✗	✗	✗	✓	✗
Besonderheiten: Welche Besonderheiten weist der Tarif neben den gestellten Leistungsfragen aus?				
<p>Info Besonderheiten</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 1) 100% der Kosten werden für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erstattet, soweit die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.</p>	<p>Info Besonderheiten</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 1) Es besteht ein Anspruch auf eine einmalige Pflegepauschale von 3000€, sobald für eine versicherte Person, die nach §14 SGB XI pflegebedürftig ist, die Zuordnung zu mindestens Pflegestufe II nachgewiesen wird (§15 Abs. 1 SGB XI). Auch hierfür gilt die tarifliche Gesamtselbstbeteiligung von 10% bis zu einem Betrag in Höhe von 500€ im</p>	-	<p>Info Besonderheiten</p> <p>BUSINESS 1)100% der Kosten werden für Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen während eines Entbindungsaufenthalts erstattet.</p> <p>Übernommen werden allgemeine Krankenhausleistungen sowie Ein- oder Zweibettzimmer.</p>	<p>Info Besonderheiten</p> <p>A80 80% der verbleibenden Restkosten werden, bis zu einem Selbstbehalt von 1650€ im Jahr, darüber hinaus zu 100% für ambulante Palliativversorgung erstattet.</p> <p>Übernommen werden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die</p>

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Übernommen werden die über die Leistung der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Als häusliche Umgebung gelten dabei auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime.</p> <p>Ersetzt werden die Gebühren in dem Rahmen, der für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Ärztliche Gebühren werden bis zu den Regelhöchstätzen erstattet.</p> <p>2) 100% der Kosten werden für stationäre Hospizleistungen erstattet, soweit die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.</p> <p>Übernommen wird die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.</p> <p>Ersetzt werden die Gebühren bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.</p> <p>3) 100% der Kosten werden für Soziotherapie für bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet, soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zusagt.</p>	<p>Kalenderjahr.</p> <p>2) 90% der Kosten werden für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Leistungsvoraussetzungen sind eine unheilbare Erkrankung, eine ärztliche Verordnung der Palliativ-Versorgung und das die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung von einem Leistungserbringer erbracht wird, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geschlossen hat.</p> <p>3) 90% der Kosten werden für die stationäre Versorgung in Hospizen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Es müssen aber folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. - Die versicherte Person wird in einem Hospiz versorgt. - Eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus ist nicht medizinisch notwendig und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person kann nicht erbracht werden. <p>Wenn aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. In diesem Fall leistet der Versicherer nur für solche Aufwendungen, die nach</p>		<p>2) 100% der Kosten werden für Hospizleistungen erstattet, soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Übernommen wird die stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ- medizinische Behandlungen durchgeführt werden. Soweit Ansprüche auf Leistungserstattung gegenüber der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern bestehen, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.</p>	<p>darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.</p> <p>Die versicherte Person muss an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigen.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Kosten welche für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden gewesen wäre.</p> <p>K 20 100% der verbleibenden Restkosten werden für ambulante Palliativversorgung erstattet.</p> <p>Übernommen werden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.</p> <p>Die versicherte Person muss an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigen.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Kosten welche für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden gewesen wäre.</p>

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Übernommen wird Soziotherapie entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und soweit eine stationäre Heilbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist oder soweit die stationäre Heilbehandlung durch die Soziotherapie vermieden oder verkürzt wird.</p> <p>Bei Fachkräften für Soziotherapie sind die Kosten erstattungsfähig, die für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.</p> <p>4) Es wird eine Kinderbetreuungspauschale in Höhe von 200€ einmal im Kalenderjahr gezahlt.</p> <p>Die Einmalzahlung erfolgt ab dem vierten Tag der Erkrankung, soweit ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erkrankt.</p> <p>Voraussetzung ist, dass auch ein Elternteil eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht, dass es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung der Arbeit fernbleibt und dass keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.</p> <p>5) Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für diesen Tarif für die Dauer der Schwerstpflegebedürftigkeit.</p> <p>6) Bei Krankenhausaufenthalten besteht</p>	<p>Vorleistung der privaten Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.</p> <p>4) 90% der werden Kosten für eine medizinisch notwendigen Organtransplantation bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden Behandlung, die Aufwendungen für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes, die Entschädigung wegen Arbeitsunfähigkeit des Organspenders und den Verdienstausfall des Organspenders gemäß der Selbstverpflichtungserklärung des PKV-Verbands. Wenn für den Organspender gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für die Organ- oder Gewebespender besteht, ist der Versicherer nur für solche Aufwendungen und Entschädigungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.</p> <p>5) Spezialisten-Termin: Es besteht Anspruch auf die einmalige Vermittlung eines Termins bei einem Spezialisten, wenn ein Facharzt - bei der versicherten Person eine Diagnose aus dem Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs festgestellt und - die der Diagnose im Verzeichnis zugeordnete Therapie zumindest als Behandlungsmöglichkeit bewertet hat. Ein Krankheitsverdacht, der durch fachärztliche Untersuchung begründet ist, ist aber auch ausreichend, wenn eine Diagnose erst durch die ihr im Verzeichnis zugeordnete Therapie sicher festgestellt werden kann. Für den Versicherungsfall, für den ein Termin vermittelt werden soll, muss weiterhin ein Anspruch auf ambulanten oder stationären</p>			

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts im Sinne dieses Tarifs beitragsfreier Versicherungsschutz für die weitere Verweildauer im Krankenhaus.</p> <p>Nicht als Krankenhausaufenthalte in diesem Sinne gelten Anschlussheilbehandlungen sowie Aufenthalte, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben.</p>	<p>Aufwendungsersatz bestehen und die versicherte Person transportfähig sein.</p> <p>7) Bei entsprechenden ärztlichen oder zahnärztlichen Verdachtsfällen berät der Versicherer kostenlos rund um das Thema „Behandlungsfehler“.</p> <p>8) 90% der Kosten werden für Unterkunft und Verpflegung des Neugeborenen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Neugeborene gesund ist.</p> <p>9) Bei einer Soziotherapie besteht die freie Wahl unter den geeigneten nichtärztlichen Leistungserbringern, soweit vor Behandlungsbeginn eine ärztliche Verordnung sowie ein Betreuungsplan eingereicht wird und eine schriftliche Zusage durch den Versicherer erfolgt.</p> <p>Geeignete nichtärztliche Leistungserbringer sind zum Beispiel Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern oder -pfleger für Psychiatrie.</p> <p>Information: Die Soziotherapie richtet sich an Menschen, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung außer Stande sind, medizinische Leistungen selbstständig zu nutzen. Sie soll diese in die Lage versetzen, andere ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Hierzu umfasst die Therapie Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen.</p> <p>10) Es werden Serviceleistungen im Ausland erbracht: - telefonischer 24- Stunden- Service an 365 Tagen - Nennung und Vermittlung von Ärzten und Kliniken im Ausland - Dolmetscher Service (soweit für die</p>			

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>versicherte Person eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig wird, setzt sich der Versicherer mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und übersetzt für die versicherte Person die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistung wird in allen gängigen Weltsprachen erbracht.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuung (Der Versicherer stellt über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgt der Versicherer für die Übermittlung von Informationen zwischen diesen beteiligten Ärzten. Diese Leistung wird in allen gängigen Weltsprachen erbracht.) - Information der Angehörigen der versicherten Person - Kostenübernahme- Garantie und Direkt-Abrechnung (Der Versicherer gibt gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie ab und übernimmt im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus und den behandelnden Ärzten.) - Organisation des Krankenrücktransports - Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland. 			

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Der Vorschlag und die Leistungsübersichten basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie alle Angaben sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge. Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB sowie die Tarifbedingungen der jeweiligen Versicherer. Die Datenbasis des LUX wurde mit größter Sorgfalt erstellt, eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Ambulant

GOÄ - Ärzte ambulant Ausland: In welchem Umfang werden ambulante Arztkosten im Ausland übernommen, wenn der Arzt im Ausland gezielt aufgesucht wird?

A+	A-	B+	A-	A+
<p>Ärzte im Ausland</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten auch über die Höchstsätze der im jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten hinaus erstattet. Wobei sich der Versicherungsschutz auf Europa erstreckt.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz, darüber hinaus, solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht unter folgenden Voraussetzungen zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz: - Für die versicherte Person besteht beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung. - Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthalts fortgeführt.</p>	<p>Ärzte im Ausland</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten erstattet, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Wobei sich der Versicherungsschutz auf Europa bezieht.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung zwölf Monate lang dieser Versicherungsschutz, darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei notwendiger Heilbehandlung, soweit die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann.</p>	<p>Ärzte im Ausland</p> <p>NK.2 Zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre. (In der BRD wird auch über die Höchstsätze der GOÄ erstattet). Wobei der Versicherungsschutz weltweit besteht.</p> <p>Die Einschränkung auf die Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre, gilt nicht, soweit - die medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland nicht oder nur teilweise in der BRD durchführbar gewesen wäre oder - der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder - im Rahmen eines Notfalls (= einer nicht planbaren Behandlung) ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.</p>	<p>Ärzte im Ausland</p> <p>BUSINESS Zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre. (In der BRD wird auch über die Höchstsätze der GOÄ erstattet). Wobei sich der Versicherungsschutz auf Europa bezieht.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht dieser Versicherungsschutz zwölf Monate lang, darüber hinaus besteht Versicherungsschutz, soweit die versicherte Person nicht transportfähig ist.</p>	<p>Ärzte im Ausland</p> <p>A80 Der volle Rechnungsbetrag (aber § 5 II AVB beachten!).</p>
Ausland unbegrenzt - akut				
✓	✗	✓	✗	✓
Ausland unbegrenzt - gezielt				
✓	✗	✗	✗	✓

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Hilfsmittel: Werden die Anschaffungskosten für Hilfsmittel erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang?

<p>A+ Hilfsmittel</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte, außerdem Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch. Hierzu zählen auch orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung und Batterien, soweit es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können, sowie die Aufwendungen für die Anschaffung eines Blindenführers einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen. Außerdem werden lebenserhaltende Hilfsmittel ersetzt, soweit ohne deren Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde.</p> <p>Nicht ersetzt werden Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/ oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS- Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.</p> <p>Dabei bestehen folgende Rechnungsbetragsbegrenzungen: bei</p>	<p>A+ Hilfsmittel</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden Bandagen, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapieschuhe und orthopädische Schuhzurichtungen und Hörhilfen. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpaspstücke (Otoplastik). Erstattungsfähig sind pro Hörhilfe max. 4000€ bei Aufwendungen für teimplantierte knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen) und max. 2000€ für sonstige Hörhilfen. Perücken bei krankhaftem Haarausfall, jedoch maximal 600€ pro Perücke.</p> <p>72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.</p> <p>90% der Kosten werden für Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.</p>	<p>A+ Hilfsmittel</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte).</p> <p>Darüber hinaus werden Hilfsmittel erstattet, die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).</p> <p>Außerdem wird die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes erstattet.</p> <p>Übernommen werden auch Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.</p> <p>Ersetzt werden Aufwendungen für Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen).</p> <p>Nicht übernommen werden Pflegehilfsmittel, Hilfsmittel die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z.B.</p>	<p>A+ Hilfsmittel</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Bei Kosten von mehr als 1000€ für ein Hilfsmittel, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für ein Hilfsmittel erbracht, soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor Mitteilung über die Versicherungsleistung gekauft wird.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel und Blindenhund (einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen). Ersetzt werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>Hörgeräte (apparativ, einschließlich dazugehöriger Ohrpaspstücke (Otoplastik)) sind bis zu einem Betrag in Höhe von 1500€ je Ohr im Kalenderjahr erstattungsfähig.</p> <p>Nicht übernommen werden Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben; Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer,</p>	<p>A Hilfsmittel</p> <p>A80 80% der Kosten werden für Hilfsmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.</p> <p>100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von 160€ im Jahr erstattet, darüber hinaus zu 33,33%.</p>
---	--	---	--	---

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>orthopädischen Schuhen und Schuhzurichtungen 1500€ im Kalenderjahr.</p> <p>100% der Kosten werden für Sehhilfen erstattet.</p> <p>Ein erneuter Anspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.</p> <p>Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.</p>	<p>Offener Hilfsmittelkatalog, unterteilt in drei Gruppen.</p> <p>Info des Versicherers: Die Definition von Hilfsmitteln orientiert sich an der Rechtsprechung des OLG Nürnberg vom 11.02.1982. Danach sind Hilfsmittel vor allem technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.</p>	<p>Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).</p> <p>Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.</p> <p>Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.</p> <p>100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt 260€ alle zwei Jahre erstattet, bei einer Änderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien auch vorher.</p> <p>Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.</p>	<p>Heizkissen); Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.</p> <p>100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von 400€ erstattet. Dabei muss der Erstbezug ärztlich verordnet sein. Ein erneuter Anspruch besteht frühestens zwei Jahre nach Bezug der zuletzt erstatteten Sehhilfe.</p> <p>Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.</p> <p>Information: Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, soweit ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z.B. Beatmungsgeräte für eine lebenserhaltende Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz und Systeme für Heimodialyse).</p>	

Kein Preisverzeichnis Hilfsmittel



Hilfsmittel - orthopädische: Werden die Anschaffungskosten für orthopädische Hilfsmittel erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang?

A+ orthopädische Hilfsmittel	A+ orthopädische Hilfsmittel	A+ orthopädische Hilfsmittel	A+ orthopädische Hilfsmittel	A+ orthopädische Hilfsmittel
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für orthopädische Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte, außerdem Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch. Hierzu zählen auch orthopädische Schuhe und</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für orthopädische Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden Bandagen, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, konfektionierte Therapieschuhe und orthopädische Schuhzurichtungen.</p>	<p>NK.2 100% der Kosten werden für orthopädische Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte).</p>	<p>BUSINESS 100% der Kosten werden für orthopädische Hilfsmittel erstattet. Bei Kosten von mehr als 1000€ für ein Hilfsmittel, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für ein Hilfsmittel erbracht,</p>	<p>A80 80% der Kosten werden für orthopädische Hilfsmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate und Batterien, soweit es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können.</p> <p>Nicht erstattet werden Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/ oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, medizinisch- technische Bedarfsartikel sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.</p> <p>Dabei besteht bei orthopädischen Schuhen und Schuhzurichtungen ein Rechnungshöchstbetrag in Höhe von 1500€ im Kalenderjahr.</p>	<p>72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte orthopädische Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.</p> <p>90% der Kosten werden für orthopädische Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.</p>	<p>Ersetzt werden auch Aufwendungen für Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen).</p> <p>Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.</p> <p>Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.</p>	<p>soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor Mitteilung über die Versicherungsleistung gekauft wird.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>Nicht übernommen werden Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben; Heilapparate und sonstige medizinisch- technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen); Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.</p>	<p>werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.</p>
✔	✔	✔	✔	✔
<p>Hilfsmittel - sanitäre Verbrauchsartikel: Werden die Anschaffungskosten für sanitäre Verbrauchsartikel erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang?</p>				
<p>A+ sanitäre Hilfsmittel</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für sanitäre Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden Stoma- und Tracheostomaverbandmittel sowie Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).</p>	<p>A+ sanitäre Hilfsmittel</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für sanitäre Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.</p>	<p>A+ sanitäre Hilfsmittel</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für sanitäre Verbrauchsartikel erstattet.</p> <p>Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte).</p>	<p>0 keine sanitären Hilfsmittel</p> <p>BUSINESS Keine Tarifleistung.</p>	<p>A+ sanitäre Hilfsmittel</p> <p>A80 80% der Kosten werden für sanitäre Lebensmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden auch Leihe (bis maximal zur</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte sanitäre Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.</p>	<p>Ersetzt werden auch Aufwendungen für Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen).</p> <p>Nicht übernommen werden Pflegehilfsmittel, Hilfsmittel die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).</p> <p>Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.</p> <p>Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.</p>		<p>Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.</p>

Hilfsmittel - technische: Werden die Anschaffungskosten für technische Hilfsmittel erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden, und wenn ja, in welchem Umfang?

<p>A+ technische Hilfsmittel</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für technische Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte, außerdem Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch. Hierzu zählen auch Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und Batterien, soweit es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht</p>	<p>A+ technische Hilfsmittel</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für technische Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter und Hörhilfen. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpassstücke (Otoplastik). Erstattungsfähig sind pro Hörhilfe max. 4000€ bei Aufwendungen für</p>	<p>A+ technische Hilfsmittel</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für technische Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte).</p> <p>Darüber hinaus werden Hilfsmittel erstattet, die zur Lebenserhaltung</p>	<p>A+ technische Hilfsmittel</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für technische Hilfsmittel erstattet. Bei Kosten von mehr als 1000€ für ein Hilfsmittel, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für ein Hilfsmittel erbracht, soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor Mitteilung über die Versicherungsleistung gekauft wird.</p>	<p>A+ technische Hilfsmittel</p> <p>A80 80% der Kosten werden für technische Lebensmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) sowie Reparatur und Wartung.</p>
--	---	---	---	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>allgemein im Haushalt verwendet werden können.</p> <p>Nicht erstattet werden Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/ oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS- Geräte, sonstige medizinisch- technische Bedarfsartikel sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.</p> <p>(Zu Krankenfahrstühlen siehe separate Frage.)</p>	<p>teimplantierte knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen) und max. 2000€ für sonstige Hörhilfen.</p> <p>72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte technische Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%.</p> <p>90% der Kosten werden für technische Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.</p> <p>(Zu Krankenfahrstühlen siehe separate Frage.)</p>	<p>erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).</p> <p>Ersetzt werden auch Aufwendungen für Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen).</p> <p>Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.</p> <p>Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.</p>	<p>Übernommen werden technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.</p> <p>Hörgeräte (apperativ, einschließlich dazugehöriger Ohrpaspstücke (Otoplastik)) sind bis zu einem Betrag in Höhe von 1500€ je Ohr im Kalenderjahr erstattungsfähig.</p> <p>Nicht übernommen werden Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben; Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch- technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen); Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.</p>	

Hilfsmittel - sonstige: Welche sonstigen Hilfsmittel werden erstattet?

<p>A+ sonstige Hilfsmittel</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für sonstige Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte, außerdem Wiederbeschaffung, Reparatur, Wartung und Einweisung in den Gebrauch. Hierzu zählen auch Batterien, soweit es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden</p>	<p>C- sonstige Hilfsmittel</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für sonstige Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden Gehhilfen, Milchpumpen und Perücken bei krankhaftem Haarausfall, jedoch maximal 600€ pro Perücke.</p> <p>72% der Kosten werden für nicht ausdrücklich genannte sonstige Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung</p>	<p>A+ sonstige Hilfsmittel</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für sonstige Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Übernommen werden sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen) oder die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte).</p> <p>Ersetzt werden auch Aufwendungen für</p>	<p>A+ sonstige Hilfsmittel</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für sonstige Hilfsmittel erstattet.</p> <p>Bei Kosten von mehr als 1000€ für ein Hilfsmittel, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung der versicherten Person mitzuteilen. Es werden dann 80% der Kosten für ein Hilfsmittel erbracht, soweit kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor Mitteilung über die</p>	<p>A+ sonstige Hilfsmittel</p> <p>A80 80% der Kosten werden für sonstige Lebensmittel bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden auch Leihe (bis maximal zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises)</p>
--	--	---	--	--

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
können. Nicht erstattet werden Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/ oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, sonstige medizinisch- technische Bedarfsartikel sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten.	in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 80%. 90% der Kosten werden für sonstige Hilfsmittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit das Hilfsmittel - über den Versicherer bezogen bzw. beschafft wurde oder - über den Versicherer weder beschafft noch bezogen werden kann oder - im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.	Wartung, Unterweisung und Reparatur von Hilfsmitteln (ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen). Nicht übernommen werden Pflegehilfsmittel, Hilfsmittel die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche). Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaeren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden. Der Versicherer bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmittel ab einem Rechnungsbetrag von 350€ dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.	Versicherungsleistung gekauft wird. Übernommen werden technische Mittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Ersetzt werden Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch. Nicht übernommen werden Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, soweit diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben; Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch- technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen); Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind sowie zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.	sowie Reparatur und Wartung.

Alternative Heilmethoden: Welche alternativen Heilmethoden (z.B. Naturheilmittel, Phytopharmaka, anthroposophische Arzneimittel) werden in welchem Umfang erstattet?

A+ alternative Heilmethoden	B+ alternative Heilmethoden	B alternative Heilmethoden	A- alternative Heilmethoden	C+ alternative Heilmethoden
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für alternative Heilmethoden erstattet, soweit die Behandlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker erfolgt. Übernommen werden auch die im Hufeland- Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Naturheilverfahren). Information: Naturheilverfahren im Sinne des Tarifs sind: Akupressur, Akupunktur, anthroposophische Medizin,	AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für alternative Heilmethoden bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutische Lokalanästhesie. Für weitere alternativmedizinische Verfahren gilt: Erstattungsfähig sind Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.	NK.2 Der Versicherer leistet für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung schulmedizinischer Methoden angefallen wäre. 100% der Kosten werden bei Erbringung durch einen Arzt erstattet.	BUSINESS 100% der Kosten werden für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geleistet, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung schulmedizinischer Methoden angefallen wäre. Ärztliche Leistungen werden ersetzt,	A80 80% der Kosten werden für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erstattet, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>antihomotoxische Medizin, Aromatherapie, ausleitende Verfahren, Ayurveda, Biochemie nach Dr. Schüßler, bioenergetische Medizin, Blutuntersuchungen nach von Brehmer, Enderlein usw., Carcinomchrom- Reaktion, Chiropraktik, Colon- Hydrotherapie, Eigenblutbehandlung, Eigenharnbehandlung, Elementartherapie, Enzymtherapie, Ernährungsberatung bei Allergien, Feldenkrais- Methode, Gasgemischinjektionen, Hautwiderstandsmessungen, heilmagnetische Behandlungen, Homöopathie, Homöosiniatrie, Hydrotherapie, Hyperthermie, Irisdiagnostik, Isopathie, Kinesiologie, Kristallographie, Lasertherapie, Lüscher-Color- Test, Lymphdrainage, mikrobiologische Medizin einschließlich Autovaccine, Nervenpunktmassage, Neuraltherapie, Nosodentherapie, Organotherapie, orthomolekulare Medizin, Osteopathie, Ozontherapie, physikalische Therapien, Phytotherapie, Proteomik, Reflexzonenmassagen, Regenatherapie, Regulationsmedizin und Matrixtherapie, Roeder'sches Verfahren, Sauerstofftherapien, Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u.Ä., Shiatsu, Spagyrik, Thermographie, Thermotherapie, traditionelle chinesische Medizin, Ultraschalltherapie, umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese.</p>	<p>Darüber hinaus leistet der Versicherer für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; jedoch kann der Versicherer seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.</p> <p>90% der Kosten werden für Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ pro Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100% einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel.</p>	<p>80% der Kosten werden bei Erbringung durch einen Heilpraktiker im Rahmen der Höchstsätze der GebüH bis zu einem Gesamtrichtungsbetrag (einschließlich Heilmittel und Wegegebühren) in Höhe von 2600€ pro Kalenderjahr übernommen.</p>	<p>soweit sie in der GOÄ oder im tariflichen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren aufgeführt sind. Heilpraktikerleistungen werden insoweit erstattet, als dass sie im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker oder im tariflichen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren aufgeführt sind.</p>	<p>Übersteigen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge (für alle ambulanten Leistungen außer Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen) im Kalenderjahr die Summe von 1650€, werden darüber hinaus 100% erstattet.</p> <p>Erstattungsfähig sind laut einer "offenen Positivliste" des Versicherers unter anderem die traditionelle chinesische Medizin, die anthroposophische Medizin, die Homöopathie sowie zahlreiche weitere Verfahren der komplementären Diagnostik und Therapie (z.B. Bach-Blüten-Therapie, Magnetfeld-Therapie, Chirotherapie etc. Die Positivliste dient als Orientierungshilfe für die Leistungspraxis der Gesellschaft, ist aber nicht rechtsrelevant, da sie nicht Bestandteil der Tarifbedingungen ist.</p>

Alternative Arzneimittel: In welchem Umfang werden alternative Arzneimittel (z.B. Naturheilmittel, Phytopharmaka, anthroposophische Arzneimittel) erstattet?

<p>C - alternative Arzneimittel</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für alternative Arzneimittel erstattet, soweit sie im Zusammenhang mit Naturheilverfahren durch einen Arzt oder einen Heilpraktiker verordnet sind.</p>	<p>C - alternative Arzneimittel</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Arzneimittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ pro Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Erstattungsfähig sind Arzneimittel, die von</p>	<p>C - alternative Arzneimittel</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für Arzneimittel geleistet, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine</p>	<p>C - alternative Arzneimittel</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, werden erstattet, darüber hinaus für Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil</p>	<p>C - alternative Arzneimittel</p> <p>A80 Der Versicherer leistet zu 80% für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt</p>
---	---	---	---	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Nicht übernommen werden Stärkungsmittel und sonstige Nahrungsmittel sowie kosmetische Mittel sowie Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen (z.B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel). Hingegen erstattet werden medikamentenähnliche Nahrungsmittel, soweit sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder soweit nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.</p> <p>Information: Naturheilverfahren im Sinne des Tarifs sind: Akupressur, Akupunktur, anthroposophische Medizin, antihomotoxische Medizin, Aromatherapie, ausleitende Verfahren, Ayurveda, Biochemie nach Dr. Schüßler, bioenergetische Medizin, Blutuntersuchungen nach von Brehmer, Enderlein usw., Carcinomchrom- Reaktion, Chiropraktik, Colon- Hydrotherapie, Eigenblutbehandlung, Eigenharnbehandlung, Elementartherapie, Enzymtherapie, Ernährungsberatung bei Allergien, Feldenkrais- Methode, Gasgemischinjektionen, Hautwiderstandsmessungen, heilmagnetische Behandlungen, Homöopathie, Homöosiniatrie, Hydrotherapie, Hyperthermie, Irisdiagnostik, Isopathie, Kinesiologie, Kristallographie, Lasertherapie, Lüscher-Color- Test, Lymphdrainage, mikrobiologische Medizin einschließlich Autovaccine, Nervenpunktmassage, Neuraltherapie, Nosodentherapie, Organotherapie, orthomolekulare Medizin, Osteopathie, Ozontherapie, physikalische Therapien, Phytotherapie, Proteomik, Reflexzonenmassagen, Regenatherapie, Regulationsmedizin und Matrixtherapie, Roeder'sches Verfahren,</p>	<p>der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p> <p>90% der Kosten werden für vom Heilpraktiker verordnete Arzneimittel bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ pro Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100% einschließlich der in diesem Zusammenhang durchgeführten Heilpraktiker-Behandlung.</p>	<p>schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung schulmedizinischer Arzneimittel angefallen wäre.</p> <p>Übernommen werden auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.</p> <p>Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nahrungsmittel.</p>	<p>keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Arzneimittel angefallen wäre.</p> <p>Nicht übernommen werden Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.</p>	<p>werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung schulmedizinischer Arzneimittel angefallen wäre.</p> <p>Übersteigen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge (für alle ambulanten Leistungen außer Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) im Kalenderjahr die Summe von 1650€, werden darüber hinaus 100% erstattet.</p> <p>Nicht übernommen werden Nähr- und Stärkungsmittel, es sei denn sie wurden im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen ärztlich verordnet, außerdem werden nicht ersetzt Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Mittel.</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Sauerstofftherapien, Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u.Ä., Shiatsu, Spagyrik, Thermographie, Thermotherapie, traditionelle chinesische Medizin, Ultraschalltherapie, umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese.				
Vorsorge - Keine Auswirkung auf BRE	✓	✗	✗	✓
Vorsorge - Keine Anrechnung auf SB	✓	✗	✗	✓
Schutzimpfungen: Werden Schutzimpfungen übernommen und wenn ja, in welchem Umfang?				
B+ Schutzimpfungen EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff erstattet, soweit sie ärztlich angeraten sind. Übernommen werden insbesondere Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert- Koch- Institut (RKI) sowie Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen, soweit sie gemäß der STIKO in Verbindung mit Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind, und berufsbedingte Schutzimpfungen, soweit sie nach den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten der Impfung zu übernehmen.	B+ Schutzimpfungen AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Schutzimpfungen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Übernommen werden Impfungen einschließlich der Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden sowie Reise-Impfungen und Impfungen gegen Hepatitis B (auch wegen beruflicher Tätigkeit). Nicht ersetzt werden Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit sowie die Malariaphylaxe.	B+ Schutzimpfungen NK.2 100% der Kosten werden für Schutzimpfungen erstattet. Übernommen werden Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Zeckenschutzimpfungen sowie Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert- Koch- Institut (STIKO) empfohlen werden. Nicht ersetzt werden Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.	B+ Schutzimpfungen BUSINESS 100% der Kosten werden für Schutzimpfungen erstattet. Übernommen werden Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Nicht ersetzt werden Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen.	B+ Schutzimpfungen A80 100% der Kosten werden für Schutzimpfungen erstattet. Übernommen werden Impfungen einschließlich Impfstoff, die jeweils von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert- Koch- Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden. Nicht ersetzt werden Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
Selbstbehalt gilt für: Auf welche Leistungsbereiche (ambulant/stationär/Zahn) bezieht sich der absolute Selbstbehalt?				
C+ Selbstbehalt EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Der Selbstbehalt bezieht sich auf alle tariflichen Versicherungsleistungen, mit	C- Selbstbehalt AktiMed Best 90 (AMB90U) Selbstbehalt bezieht sich auf alle Tarifleistungen (ambulant, stationär)	C Selbstbehalt NK.2 Der Selbstbehalt bezieht sich auf alle tariflichen Versicherungsleistungen	0 Selbstbehalt BUSINESS Der Selbstbehalt bezieht sich auf ambulante, stationäre und zahnärztliche	A Selbstbehalt A80 Der Selbstbehalt bezieht sich auf ambulante Leistungen außer Sehhilfen und

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Entbindungspauschale und Zahnprophylaxe, soweit sie in den jeweiligen Rechnungen als Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.	<p>einschließl. Ersatz-KHT und Zahn sowie auf Pflege-Pauschale).</p> <p>Hinweis: Ein Rechnungsbetrag von 5000€ pro Jahr wird nur selten erreicht, daher ist der durchschnittliche Selbstbehalt in diesem Tarif deutlich unter dem Maximalwert von 500€ (=maximaler Selbstbehalt).</p> <p>Modellrechnungen der Allianz zeigen, dass - gemessen an der durchschnittlichen Belastung der Kunden - der prozentuale Selbstbehalt einem absoluten Selbstbehalt von etwa 180€ entspricht.</p> <p>Über die Alter differenziert ergibt sich der folgende durchschnittliche Selbstbehalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder und Jugendliche (Alter 0-20): 130€, - Junge Erwachsene (Alter 21-39): 190€, - Mittlere Erwachsene (Alter 40-64): 220€, - Ältere Versicherte (ab Alter 65): 310€. <p>Für eine individuelle rechnerische Darstellung des Selbstbehalts kann im KV-Vorschlag das manuelle Feld benutzt werden.</p>	einschließlich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus. Ausgenommen sind Entbindungspauschale, Kurtagegeld, Auslandsrücktransport, Kosten für Überführung aus bzw. für Bestattung im Ausland.	Leistungen.	Vorsorgeuntersuchungen.
Weitere Selbstbeteiligungen				
✗	✗	✗	✗	✓
Selbstbehalt im 1. Jahr				
✓	✓	✓	✓	✗
Selbstbehalt ab 65. Lebensjahr				
✗	✗	✗	✗	✗
Transportkosten ambulant: In welchem Umfang werden Fahrt- und Transportkosten zu und von einer ambulanten Behandlung erstattet?				
A+ Transport- und Fahrtkosten	A Transport- und Fahrtkosten	B Transport- und Fahrtkosten	B+ Transport- und Fahrtkosten	B Transportkosten

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Transporte zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall sowie für Fahrten bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie sowie bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation) erstattet.</p> <p>Im gleichen Umfang werden Fahrten bei ambulanten Behandlungen übernommen, soweit eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe II oder III ist.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Transporte und Fahrten bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 1000€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal. Eine Fahrt liegt vor bei Taxifahrten, Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Fahrten im privaten Fahrzeug.</p> <p>Übernommen werden Transporte und Fahrten bei - ambulanter Dialyse, - Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie sowie - ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder - eines Unfalls oder Notfalls. bis zu 100 km, mindestens aber zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus sowie für einen Notarzteinsatz - auch ohne Transport des Patienten.</p> <p>Bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ist die Erstattung für die Hin- und Rückfahrt auf insgesamt 50€ begrenzt, bei Fahrten im privaten Fahrzeug werden dafür 0,30€ je gefahrenem Kilometer zugrunde gelegt.</p>	<p>NK.2 100% der Kosten werden für Fahrten zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung, Chemotherapie und Notfällen erstattet. Bei ambulanten Operationen am Tag der Operation, sofern eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann.</p> <p>Transporte sind erstattungsfähig, soweit während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.</p>	<p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Fahrten und Transporte erstattet.</p> <p>Übernommen werden notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus sowie ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.</p>	<p>A80 80% der Kosten werden für Transporte bis zu einem tariflichen Gesamtrechnungsbetrag (ausgenommen Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) in Höhe von 1650€ (= Eigenanteil von 330€) im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden Transporte durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall sowie, soweit eine Fahruntauglichkeit ärztlich bescheinigt ist, zum und vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, Chemo- und Strahlentherapie.</p>
Transportkosten ambulant				
✓	✓	✓	✓	✓
Fahrtkosten ambulant				
✓	✓	✓	✓	✓
Häusliche Krankenpflege: Welche Leistungen werden bei häuslicher Krankenpflege erstattet?				
B häusliche Krankenpflege	B häusliche Krankenpflege	B häusliche Krankenpflege	C- häusliche Krankenpflege	0 keine häusliche Krankenpflege
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für häusliche	AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für häusliche	NK.2 100% der Kosten werden für häusliche	BUSINESS 100% der Kosten werden für häusliche	A80 Keine Tarifleistung.

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Krankenpflege erstattet, soweit ärztlich verordnet, der Leistungserbringer einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet und keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.</p> <p>Übernommen wird häusliche Krankenpflege im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungspflege: Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlechterung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/ Pflegekräfte delegiert werden können. Dazu zählen insbesondere auch medizinisch- diagnostische oder medizinisch- therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege, - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung: Grundverrichtungen des täglichen Lebens und hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer von bis zu vier Wochen, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird. 	<p>Krankenpflege bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die häusliche Krankenpflege ärztlich verordnet wurde und die versicherte Person nicht durch einen Leistungserbringer erbracht wird, der einen Vertrag nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat und die versicherte Person nicht durch eine im Haushalt lebende Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann.</p> <p>Übernommen werden nach der geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Grundpflege, die Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, soweit dadurch eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung vermieden oder verkürzt wird.</p> <p>Übernommen werden auch medizinische Leistungen, die die ambulante ärztliche Behandlung der versicherten Person ermöglichen und deren Ergebnis sichern sollen, wie zum Beispiel Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel.</p> <p>Die Aufwendungen sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.</p>	<p>Krankenpflege erstattet, soweit diese angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.</p> <p>Übernommen werden ärztlich verordnete medizinische Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung.</p> <p>Ersetzt werden bei der Sicherungspflege und Krankenhausvermeidungspflege die medizinische Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Verbandswechsel), bei der Krankenhausvermeidungspflege darüber hinaus die Grundpflege (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht. Darüber hinaus nur dann, soweit der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.</p> <p>Die Erstattung erfolgt, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann und wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege) oder Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege).</p>	<p>Krankenpflege erstattet, soweit sie von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern erbracht wird und der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Übernommen wird häusliche Behandlungspflege. Als solche gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandswechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind.</p>	
Häusliche Grundpflege				
Häusliche Behandlungspflege				

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Hauswirtschaftliche Versorgung				
✔	✔	✔	✘	✘
Kur ambulant: Was leistet der Tarif bei ambulanten Kuren am Kurort?				
<p>A- Kur</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für ambulante Kurbehandlung erstattet.</p> <p>Übernommen werden bei Genesungskuren oder sonstigen Kuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, ärztliche Beratung, Besuche und Verrichtungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen), Kurtaxe. Sonstige Kuren werden einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren ersetzt.</p> <p>Bei Genesungskuren wird zusätzlich ein Genesungstagegeld in Höhe von 200€ für längstens vier Wochen je Kur gezahlt.</p> <p>Information: Als Genesungskur im Sinne dieses Tarifs gilt eine Kur, der eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die medizinische Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen wird. Ansonsten liegt eine sonstige Kur vor, deren medizinische Notwendigkeit auch durch ein Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen ist.</p>	<p>C+ Kur</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für ambulante Kuren bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100% bis zu einem Betrag in Höhe von 1000€ innerhalb von 24 Monaten erstattet, soweit diese ärztlich verordnet sind.</p> <p>Übernommen werden Kurplan, ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Kurmittel und physikalische Therapie.</p>	<p>A+ Kur</p> <p>NK.2 Kurbehandlung wird zum Teil zu 100%, zum Teil zu 80% erstattet. 100% Erstattung bei Arztbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, Fahrt- und Transportkosten, Kurtaxe und Kurplan, 80% Erstattung bei Heilmittel, Psychotherapie und Heilpraktikerbehandlung. Heilpraktikerbehandlung wird nur bis zu einem Rechnungsbetrag von 2600€ im Kalenderjahr erstattet. Für Psychotherapie muss zuvor eine schriftliche Zusage durch den Versicherer erfolgen. Es sind dabei jeweils die Aufwendungen von der Erstattung umfasst, die auch bei ambulanter Heilbehandlung übernommen werden.</p>	<p>0 keine Kur</p> <p>BUSINESS Keine Tarifleistung.</p>	<p>0 keine Kur</p> <p>A80 Keine Tarifleistung.</p>
Kurort-Behandlung: Besteht bei ambulanter Behandlung in Kurorten der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort?				
<p>A+ Kurort- Behandlung</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja, die Kosten für eine ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort sind im selben Umfang wie am Wohnort</p>	<p>A+ Kurort- Behandlung</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, die Kosten für eine ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort sind im selben Umfang wie am Wohnort</p>	<p>A+ Kurort- Behandlung</p> <p>NK.2 Ja, die Kosten für eine ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort sind im selben Umfang wie am Wohnort</p>	<p>A+ Kurort- Behandlung</p> <p>BUSINESS Ja, die Kosten für eine ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort sind im selben Umfang wie am Wohnort</p>	<p>A+ Kurort- Behandlung</p> <p>A80 Ja, die Kosten für eine ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort sind im selben Umfang wie am Wohnort</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
erstattungsfähig.	erstattungsfähig.	erstattungsfähig.	erstattungsfähig.	erstattungsfähig.
Schwangerschaft - Leistungen: Welche Leistungen erstattet der Versicherer während der Schwangerschaft?				
<p>A+ Schwangerschaftsleistungen</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Fehlgeburt sowie die Entbindung, außerdem der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch, auch die Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger.</p> <p>Außerdem Geburtsvorbereitungskurse bzw. Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik.</p> <p>Weiterhin für eine Haushaltshilfe bis zu 10€ die Stunde, maximal 75€ am Tag für maximal 90 Tage je Versicherungsfall gezahlt. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung den Haushalt nicht weiterführen und auch keine andere im Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen kann.</p>	<p>B Schwangerschaftsleistungen</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulanter Entbindung und Hausentbindung sowie der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch, Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik.</p>	<p>A+ Schwangerschaftsleistungen</p> <p>NK.2 Untersuchung, medizinisch notwendige Behandlung und die Entbindung einschließlich der Kosten für Hebammen oder Entbindungspfleger (z.B. Mutterschaftsvorsorge, Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung und Wegegebühren).</p> <p>Bei einer Hausgeburt wird eine Geburtspauschale von 600€ gezahlt.</p> <p>Anstelle der Geburtspauschale werden auch die Kosten in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) erstattet, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Geburt im Krankenhaus entstanden wären.</p>	<p>B+ Schwangerschaftsleistungen</p> <p>BUSINESS Untersuchung, medizinisch notwendige Behandlung und die Entbindung (auch die Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger).</p>	<p>B+ Schwangerschaftsleistungen</p> <p>A80 Untersuchung, medizinisch notwendige Behandlung und die Entbindung, auch die Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger.</p>
Umwandlung Voll in Zusatz: Besteht ein Rechtsanspruch, bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung umzuwandeln?				
<p>A+ Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es besteht das Recht bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine für den Neuzugang geöffnete Ergänzungsversicherung zu einer gesetzlichen Krankenversicherung umzustellen, soweit - die Umstellung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt wird und - die Ergänzungsversicherung zum</p>	<p>A+ Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, die versicherte Person kann verlangen und hat somit das Recht, dass der Versicherer den Antrag auf Abschluss einer Krankheitskostenversicherung annimmt, - bei der die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind, - die für den Neuzugang geöffnet ist und - die maximal die gleichen Leistungsbereiche umfasst, wie die in der bisherigen substitutiven Krankheitskostenversicherung.</p>	<p>A Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>NK.2 Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Dabei muss die Zusatzversicherung in</p>	<p>0 kein Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>BUSINESS Es besteht kein Rechtsanspruch, bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung umzuwandeln.</p>	<p>A Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>A80 Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Dabei muss die Zusatzversicherung in</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht beginnt.</p> <p>Die Umstellung ist ohne Gesundheitsprüfung möglich, soweit die Leistungen nicht höher oder umfassender sind als in diesem Tarif.</p> <p>Ist der Versicherungsschutz höher oder umfassender, kann für die Mehrleistung ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Außerdem sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten.</p> <p>Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.</p>	<p>Der Versicherer verpflichtet sich, die aus dem Vertrag erworbenen Rechte in entsprechender Anwendung von § 204 I VVG anzurechnen.</p> <p>Soweit die Leistungen des gewählten Tarifs höher oder umfassender sind als im bisherigen, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.</p> <p>Der Antrag kann nur gleichzeitig mit der Kündigung der substitutiven Krankheitskostenversicherung erklärt werden. Während die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die für sie als substitutive Krankenversicherung abgeschlossenen Tarife oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen kann.</p>	<p>unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p>		<p>unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p>
<p>Arbeitslosigkeit beitragsfrei: Besteht bei Arbeitslosigkeit eine beitragsfreie Ruhensvereinbarung?</p>				
<p>A+ beitragsfrei/ Arbeitslosigkeit</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja. Zur Überbrückung einer Arbeitslosigkeit kann für die Krankenversicherung für maximal 36 Monate eine beitragsfreie Ruhensvereinbarung beantragt werden. Da für die Pflegepflichtversicherung eine Ruhensvereinbarung nicht möglich ist, kann eine Anwartschaftsversicherung beantragt werden.</p>	<p>0 Arbeitslosigkeit nicht beitragsfrei</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) In der Regel tritt bei Arbeitslosigkeit Versicherungspflicht ein. Eine Befreiung zugunsten der PKV ist allerdings möglich.</p> <p>Eine beitragsfreie Ruhensvereinbarung gibt es dagegen nicht.</p>	<p>A+ beitragsfrei/ Arbeitslosigkeit</p> <p>NK.2 Ja. Beitragsfreies Ruhen ist in der Krankenversicherung für maximal 24 Monate bei Versicherungspflicht durch Arbeitslosigkeit möglich. In der Pflegeversicherung ist einer beitragspflichtige Anwartschaft möglich.</p>	<p>C- beitragsfrei/ Arbeitslosigkeit</p> <p>BUSINESS Ja, grundsätzlich besteht diese Möglichkeit in begründeten Ausnahmefällen bis zur Dauer von sechs Monaten.</p>	<p>A+ beitragsfrei/ Arbeitslosigkeit</p> <p>A80 Ja, bis zu 36 Monaten.</p>

Stationär

Krankenhausmeldung: Verzichtet der Versicherer bei einem stationären Aufenthalt auf die Krankenhausmeldung innerhalb von 10 Tagen?

A+ Verzicht/ Krankenhausmeldung	A+ Verzicht/ Krankenhausmeldung	A+ Verzicht/ Krankenhausmeldung	0 kein Verzicht/ Krankenhausmeldung	A+ Verzicht/ Krankenhausmeldung
--	--	--	--	--

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja, auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.	AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.	NK.2 Ja, auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.	BUSINESS Nein, auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird nicht verzichtet.	K/S Ja, auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. K 20 Ja, auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

Geltungsbereich Europa: Wie lange besteht der Versicherungsschutz im europäischen Ausland?

A+ Geltungsbereich Europa EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit.	A+ Geltungsbereich Europa AktiMed Best 90 (AMB90U) Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit.	A+ Geltungsbereich Europa NK.2 Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit.	A+ Geltungsbereich Europa BUSINESS Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit.	A+ Geltungsbereich Europa K/S Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit. K 20 Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit.
--	---	---	---	---

Geltungsbereich außereuropäisch: Wie lange besteht der Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland?

A+ Geltungsbereich weltweit begrenzt EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Information: Grundsätzlich besteht im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang Versicherungsschutz, darüber hinaus, solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann. Im außereuropäischen Ausland besteht unter folgenden Voraussetzungen zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz: - Für die versicherte Person besteht beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung. - Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthalts fortgeführt.	A- Geltungsbereich außereuropäisch begrenzt AktiMed Best 90 (AMB90U) Während der ersten zwölf Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwölf Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Der Versicherungsschutz kann durch Ausdehnungsvereinbarung gegen Beitragszuschlag um bis zu fünf ununterbrochene Jahre im Anschluss an den zwölfmonatigen Versicherungsschutz verlängert werden. Der Antrag auf Ausdehnung ist vor der Ausreise ins außereuropäische Ausland zu stellen, spätestens jedoch bevor der zwölfmonatige Versicherungsschutz abgelaufen ist.	A+ Geltungsbereich außereuropäisch begrenzt NK.2 Es besteht über die gesamte Vertragslaufzeit Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland, solange es sich nicht um eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes handelt.	A- Geltungsbereich außereuropäisch begrenzt BUSINESS Während der ersten zwölf Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz, darüber hinaus, so lange die versicherte Person nicht transportfähig ist.	C Geltungsbereich außereuropäisch begrenzt K/S Für 3 Monate ohne besondere Vereinbarung, darüber hinaus zu besonderen Vereinbarungen. Info des Versicherers: Ab dem 4. Monat wird ein Risikozuschlag von 20% auf alle Tarifbausteine erhoben. Bei Verlagerung des Wohnsitzes in die Schweiz oder nach Österreich erhebt die Gesellschaft einen Risikozuschlag von 100%. K 20 Während der ersten 3 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsschutz gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags fortzuführen, sofern dies spätestens 3 Monate nach Beginn des
---	---	--	--	--

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Auslandsaufenthaltes außerhalb von Europa beantragt wird.				
Wohnsitzverlegung: Unter welchen Bedingungen besteht der Versicherungsschutz bei Verlegung des Wohnsitzes außerhalb Deutschlands weiter?				
<p>A - Wohnsitzverlegung</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus den Staaten der Europäischen Union oder den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p>	<p>A + Wohnsitzverlegung</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums gilt in Abwandlung von vorstehendem folgendes:</p> <p>Das Versicherungsverhältnis setzt sich mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen sind. Diese Begrenzung gilt jedoch nicht für Gebührensätze nach den Gebührenordnungen oder Gebührenverzeichnissen.</p> <p>Weiterhin besteht ein Fortsetzungsanspruch im Ausland außerhalb der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums für maximal fünf ununterbrochene Jahre, soweit der Antrag auf Fortsetzung vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts</p>	<p>A - Wohnsitzverlegung</p> <p>NK.2 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus den Staaten der Europäischen Union oder den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p>	<p>A - Wohnsitzverlegung</p> <p>BUSINESS Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus den Staaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p>	<p>A - Wohnsitzverlegung</p> <p>K/S Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus den Staaten der Europäischen Union oder den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p> <p>Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Auf Antrag des Versicherungsnehmers entfällt diese Begrenzung gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Dieser Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt werden.</p> <p>Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.</p> <p>K 20 Das Versicherungsverhältnis endet mit</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>gestellt wird. Auch in diesem Fall kann ein angemessener Beitragszuschlag verlangt werden.</p>			<p>dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus den Staaten der Europäischen Union oder den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p> <p>Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p> <p>Auf Antrag des Versicherungsnehmers entfällt diese Begrenzung gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Dieser Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt werden.</p> <p>Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.</p>

Rooming in (Elternteil und Kind): In welchem Umfang wird bei einem stationären Aufenthalt eines Kindes für die Unterbringung eines Elternteils geleistet?

<p>A - Rooming- in</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Rooming- in erstattet.</p> <p>Übernommen werden Unterbringung und Verpflegung, soweit neben einem Kind (bis</p>	<p>A + Rooming- in</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Rooming-in bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p>	<p>A - Rooming- in</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für Rooming- in erstattet, soweit das Kind das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.</p> <p>Übernommen wird Rooming- in im</p>	<p>A - Rooming- in</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Rooming- in erstattet.</p> <p>Übernommen wird Rooming- in im Rahmen der allgemeinen</p>	<p>A - Rooming- in</p> <p>K/S Keine Tarifleistung.</p> <p>K 20 100% der Kosten werden für Rooming- in erstattet.</p>
--	---	---	---	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
zum vollendeten 10. Lebensjahr ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen wird.	Übernommen wird die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen, soweit die versicherte Person zu Beginn der stationären Behandlung jünger als 10 Jahre ist.	Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen.	Krankenhausleistungen.	Übernommen wird Rooming- in im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen.

Ersatz-KHT: In welcher Höhe bezahlt der Versicherte ein Ersatz-Krankenhaustagegeld, wenn eine niedrigere als die versicherte stationäre Unterkunft in Anspruch genommen wird?

Info Ersatz- Krankenhaustagegeld	Info Ersatz- Krankenhaustagegeld	Info Ersatz- Krankenhaustagegeld	Info Ersatz- Krankenhaustagegeld	Info Ersatz- Krankenhaustagegeld
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es wird folgendes Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt: Bei Unterbringung im Einbettzimmer ohne privatärztliche Leistungen 50€, bei Unterbringung im Zweibettzimmer ohne privatärztliche Leistungen 50€, bei Unterbringung im Mehrbettzimmer mit privatärztlichen Leistungen 50€, bei Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Leistungen 100€. Das gilt nicht für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% Ersatz-Krankenhaustagegeld bei vollstationärer Behandlung bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100%. Bei Verzicht auf die besondere Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer: 70€. Bei Verzicht auf die wahlärztliche (und belegärztliche) Behandlung: 40€. Für versicherte Personen bis vollendetes 16. Lebensjahr beträgt das Ersatz-Krankenhaustagegeld jeweils die Hälfte. Kein Ersatz-Krankenhaustagegeld wird für die Dauer der Behandlung der versicherten Person auf der Intensiv- oder Säuglingsstation bezahlt.</p>	<p>NK.2 Bei Verzicht auf Kostenerstattung für den Unterkunftszuschlag 26€, bei Verzicht auf Kostenerstattung für gesondert vereinbarte privatärztliche Leistungen 26€. Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.</p>	<p>BUSINESS Es wird folgendes Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt: Bei Unterbringung im Einbettzimmer ohne Privatarzt 50€, bei Unterbringung im Zweibettzimmer mit Privatarzt 20€, bei Unterbringung im Zweibettzimmer ohne Privatarzt 70€, bei Unterbringung im Mehrbettzimmer mit Privatarzt 40€, bei Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne Privatarzt 90€.</p>	<p>K/S Es wird folgendes Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt: Bei Verzicht auf sämtliche Leistungen werden 16€ gezahlt. K 20 Es wird folgendes Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt: Bei Unterbringung im Zweibettzimmer ohne privatärztliche Leistungen 32€, bei Unterbringung im Mehrbettzimmer mit privatärztlichen Leistungen 16€, bei Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Leistungen 48€.</p>

Selbstbehalt gilt für: Auf welche Leistungsbereiche (ambulant/stationär/Zahn) bezieht sich der absolute Selbstbehalt?

C+ Selbstbehalt	C- Selbstbehalt	C Selbstbehalt	0 Selbstbehalt	A+ kein Selbstbehalt
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Der Selbstbehalt bezieht sich auf alle tariflichen Versicherungsleistungen, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Entbindungspauschale und Zahnprophylaxe, soweit sie in den jeweiligen Rechnungen als Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Selbstbehalt bezieht sich auf alle Tarifleistungen (ambulant, stationär einschließl. Ersatz-KHT und Zahn sowie auf Pflege-Pauschale). Hinweis: Ein Rechnungsbetrag von 5000€ pro Jahr wird nur selten erreicht, daher ist der durchschnittliche Selbstbehalt in diesem Tarif deutlich unter dem Maximalwert von</p>	<p>NK.2 Der Selbstbehalt bezieht sich auf alle tariflichen Versicherungsleistungen einschließlich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus. Ausgenommen sind Entbindungspauschale, Kurtagegeld, Auslandsrücktransport, Kosten für Überführung aus bzw. für Bestattung im</p>	<p>BUSINESS Der Selbstbehalt bezieht sich auf ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen.</p>	<p>K/S Es besteht kein absoluter Selbstbehalt. K 20 Es besteht kein absoluter Selbstbehalt.</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>500€ (=maximaler Selbstbehalt).</p> <p>Modellrechnungen der Allianz zeigen, dass - gemessen an der durchschnittlichen Belastung der Kunden - der prozentuale Selbstbehalt einem absoluten Selbstbehalt von etwa 180€ entspricht.</p> <p>Über die Alter differenziert ergibt sich der folgende durchschnittliche Selbstbehalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder und Jugendliche (Alter 0-20): 130€, - Junge Erwachsene (Alter 21-39): 190€, - Mittlere Erwachsene (Alter 40-64): 220€, - Ältere Versicherte (ab Alter 65): 310€. <p>Für eine individuelle rechnerische Darstellung des Selbstbehalts kann im KV-Vorschlag das manuelle Feld benutzt werden.</p>	Ausland.		

Komfortzuschläge: Welche Komfortzuschläge werden erstattet?

<p>Info keine Komfortzuschläge</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Keine Tarifleistung.</p>	<p>Info Komfortzuschläge</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Komfortzuschläge bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden Telefonanschluss und Miete von Radio und Fernsehen sowie die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.</p>	<p>Info keine Komfortzuschläge</p> <p>NK.2 Keine Tarifleistung.</p>	<p>Info keine Komfortzuschläge</p> <p>BUSINESS Keine Tarifleistung.</p>	<p>Info keine Komfortzuschläge</p> <p>K/S Keine Tarifleistung. K 20 Keine Tarifleistung.</p>
--	---	---	---	---

Transportkosten Weltweit: In welchem Umfang werden die Transportkosten übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?

<p>A - Transportkosten weltweit</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Keine explizite Tarifaussage.</p>	<p>B + Transportkosten weltweit</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Keine explizite Tarifaussage.</p>	<p>B + Transportkosten weltweit</p> <p>NK.2 Keine explizite Tarifaussage.</p>	<p>B + Transportkosten weltweit</p> <p>BUSINESS Keine explizite Tarifaussage.</p>	<p>B + Transportkosten weltweit</p> <p>K/S Keine Tarifleistung.</p>
--	---	---	---	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Grundsätzlich werden notwendige Transporte zum und vom Krankenhaus erstattet.	Grundsätzlich werden 90% für Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.	Grundsätzlich werden Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattet.	Grundsätzlich werden notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus erstattet.	K 20 Keine explizite Tarifaussage. Grundsätzlich zu 100% für medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen behandlungsfähigen Krankenhaus.

Auslandsrücktransport: Werden die Kosten für einen medizinisch angezeigten Auslandsrücktransport erstattet, und wenn ja, in welcher Höhe?

B - Auslandsrücktransport	A + Auslandsrücktransport	B + Auslandsrücktransport	B + Auslandsrücktransport	0 kein Auslandsrücktransport
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für medizinisch notwendige Rücktransporte wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus abzüglich der üblichen Fahrkosten erstattet.</p> <p>Übernommen werden a) Rettungsflüge (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird; b) sonstige Krankentransporte für eine versicherte Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels, Inanspruchnahme einer</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Rücktransporte (auch im Ambulanzflugzeug) einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden die Aufwendungen bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport des Erkrankten oder wenn nach Abstimmung des Vertragsarztes der Notrufzentrale des Versicherers mit dem behandelnden Arzt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.</p> <p>Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>	<p>NK.2 100% des Rechnungsbetrags für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können, in die BRD werden erstattet. Dies geschieht nur, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherer wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen. Diese Leistung wird nicht auf den bestehenden Selbstbehalt angerechnet.</p>	<p>BUSINESS 100% der Kosten werden für den Auslandsrücktransport erstattet.</p> <p>Übernommen wird der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, soweit ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten der Rückführung werden ersetzt, soweit sie die Reisekosten einer gesunden Person übersteigen (Mehrkosten). Die Notwendigkeit der Rückführung ist durch ärztliches Attest nachzuweisen.</p>	<p>K/S Nein, keine Tarifleistung. K 20 Nein, keine Tarifleistung.</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.</p>				
<p>Entbindungspauschale: Wird eine Entbindungspauschale gezahlt und, wenn ja, in welcher Höhe?</p>				
<p>C+ Entbindungspauschale</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Bei Hausentbindung wird zur Abgeltung weiterer Aufwendungen eine Einmalzahlung in Höhe von 500€ geleistet.</p>	<p>0 keine Entbindungspauschale</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Keine Tarifleistung.</p>	<p>C+ Entbindungspauschale</p> <p>NK.2 Bei einer Hausgeburt wird eine Geburtspauschale von 600€ gezahlt.</p>	<p>0 keine Entbindungspauschale</p> <p>BUSINESS Keine Tarifleistung.</p>	<p>C- Entbindungspauschale</p> <p>K/S Für eine Entbindung kann anstelle der Kostenerstattung bzw. des Krankenhaustagegeldes eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale beträgt 103€. K 20 Keine Tarifleistung.</p>
<p>Entziehungsmaßnahme: Werden Entziehungsmaßnahmen erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang?</p>				
<p>A Entziehungsmaßnahme</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für Entziehungsmaßnahmen erstattet, soweit die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat.</p> <p>Als Entziehungsmaßnahmen gelten auch Maßnahmen der Entwöhnung.</p> <p>Übernommen werden bei stoffgebunden und nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen bis zu drei ambulante oder stationäre Entziehungsmaßnahmen, soweit Erfolgsaussichten bestehen. Auch wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen, werden nicht mehr als drei Entziehungsmaßnahmen ersetzt.</p> <p>Nicht ersetzt werden Wahlleistungen.</p>	<p>C Entziehungsmaßnahme</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für Entwöhnungsmaßnahmen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%, soweit der Versicherer dies vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Für die Erteilung einer Zusage muss die versicherte Person süchtig sein. Die Entwöhnung erfolgt aber nicht ausschließlich wegen einer Nikotinsucht. Wenn die versicherte Person nikotinsüchtig und daneben von einem anderen Suchtmittel abhängig ist, wird nur für die Entwöhnung von dem anderen Mittel geleistet. Außerdem kann der Versicherer seine Zusage von der Begutachtung über die Erfolgsaussicht der</p>	<p>A- Entziehungsmaßnahme</p> <p>NK.2 100% für Entziehungsmaßnahmen, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung besteht.</p> <p>Übernommen werden allgemeine Krankenhausleistungen für bis zu 3 Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen.</p> <p>Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100%, bei der zweiten und dritten Maßnahme 80% erstattungsfähig. Die verbleibenden 20% sind nach der Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht bei</p>	<p>C Entziehungsmaßnahme</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für Entziehungsmaßnahmen erstattet, soweit kein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber anderen Kostenträger besteht und der Versicherer die Erstattung zuvor schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Übernommen werden für bis zu drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren allgemeine Krankenhausleistungen, soweit die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung erfolgt. Nicht ersetzt werden Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit.</p>	<p>C Entziehungsmaßnahme</p> <p>K/S 80% der Kosten werden für Entziehungsmaßnahmen (für maximal 3 stationäre oder ambulante Entziehungsmaßnahmen (mit Ausnahme des Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit) erstattet, soweit der Versicherer dies vor Maßnahmenbeginn schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Übernommen werden bei der ersten Entziehungsmaßnahme die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), soweit kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht.</p> <p>K 20 Zu 80% des versicherten Prozentsatzes werden die Kosten für</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Information: Werden Entziehungsmaßnahmen durch einen anderen Kostenträger übernommen, werden diese auf die insgesamt drei erstattungsfähigen Entziehungsmaßnahmen angerechnet.</p>	<p>Entwöhnungsmaßnahme durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig machen. Übernommen werden bis zu drei Entwöhnungsmaßnahmen während der Vertragslaufzeit.</p> <p>Erstattungsfähig sind dabei die folgenden Aufwendungen: Soweit eine ambulante Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine ambulante Behandlung erstattungsfähig. Soweit eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Die Aufwendungen sind jedoch nur bis zu den folgenden Höchstbeträgen erstattungsfähig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwöhnung in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das einen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, sind die Aufwendungen pro Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz nicht übersteigt. 2. Entwöhnung in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das keinen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, gilt Folgendes: Die Aufwendungen sind pro Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 	<p>Entziehungsmaßnahmen aufgrund von Nikotinsucht.</p>		<p>Entziehungsmaßnahmen (für maximal 3 stationäre oder ambulante Entziehungsmaßnahmen (mit Ausnahme des Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit) erstattet, soweit der Versicherer dies vor Maßnahmenbeginn schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Übernommen werden bei der ersten Entziehungsmaßnahme die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), soweit kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht.</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz, den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte, nicht übersteigt.</p> <p>Wenn gegenüber anderen Leistungsträgern (zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung) Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch den Leistungen des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.</p>			

Umwandlung Voll in Zusatz: Besteht ein Rechtsanspruch, bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung umzuwandeln?

<p>A+ Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es besteht das Recht bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine für den Neuzugang geöffnete Ergänzungsversicherung zu einer gesetzlichen Krankenversicherung umzustellen, soweit</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Umstellung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt wird und - die Ergänzungsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht beginnt. <p>Die Umstellung ist ohne Gesundheitsprüfung möglich, soweit die Leistungen nicht höher oder umfassender sind als in diesem Tarif.</p>	<p>A+ Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, die versicherte Person kann verlangen und hat somit das Recht, dass der Versicherer den Antrag auf Abschluss einer Krankheitskostenversicherung annimmt,</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei der die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind, - die für den Neuzugang geöffnet ist und - die maximal die gleichen Leistungsbereiche umfasst, wie die in der bisherigen substitutiven Krankheitskostenversicherung. <p>Der Versicherer verpflichtet sich, die aus dem Vertrag erworbenen Rechte in entsprechender Anwendung von § 204 I VVG anzurechnen. Soweit die Leistungen des gewählten Tarifs höher oder umfassender sind als im</p>	<p>A Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>NK.2 Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen.</p> <p>Dabei muss die Zusatzversicherung in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p>	<p>0 kein Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>BUSINESS Es besteht kein Rechtsanspruch, bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung umzuwandeln.</p>	<p>A Umwandlungsrecht Voll in Zusatz</p> <p>K/S Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen.</p> <p>Dabei muss die Zusatzversicherung in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p> <p>K 20 Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der</p>
--	---	---	---	--

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>Ist der Versicherungsschutz höher oder umfassender, kann für die Mehrleistung ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Außerdem sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten.</p> <p>Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.</p>	<p>bisherigen, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.</p> <p>Der Antrag kann nur gleichzeitig mit der Kündigung der substitutiven Krankheitskostenversicherung erklärt werden. Während die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die für sie als substitutive Krankenversicherung abgeschlossenen Tarife oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen kann.</p>			<p>gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen.</p> <p>Dabei muss die Zusatzversicherung in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p>

Künstliche Befruchtung: In welchem Umfang leistet der Tarif für künstliche Befruchtung?

<p>0 keine künstliche Befruchtung</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Keine Tarifaussage.</p> <p>Information des Versicherers: Im Rahmen medizinischer Notwendigkeit werden die Kosten erstattet.</p>	<p>C- künstliche Befruchtung</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für künstliche Befruchtungen bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%.</p> <p>Übernommen werden Aufwendungen für maximal vier Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren (z.B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) erstattet, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel. Der Versicherer leistet nur, wenn der Versicherte vor Behandlungsbeginn ein Therapie- und Kostenplan vorlegt und der Versicherer eine schriftliche Zusage gegeben hat.</p> <p>Weitere Voraussetzungen für die Erstattung sind: - das Vorliegen einer organisch bedingten</p>	<p>C- künstliche Befruchtung</p> <p>NK.2 100% der Kosten werden für künstliche Befruchtungen erstattet, soweit dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt wird und er eine schriftliche Zusage erteilt hat.</p> <p>Übernommen werden 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie bis zu 3 Versuchen aus folgenden Maßnahmen: -In-vitro-Fertilisation (IVF) -intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF) -intratubaren Gametentransfer (GIFT) (max. 2 Versuche).</p> <p>Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen</p>	<p>C- künstliche Befruchtung</p> <p>BUSINESS 100% der Kosten werden für künstliche Befruchtung erstattet, soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Übernommen werden maximal drei Versuche (einschließlich ambulanter Versuche) unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren, soweit die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Befund vorliegt.</p> <p>Weiterhin muss eine deutliche Erfolgsaussicht bestehen und die Behandlung muss in der Bundesrepublik Deutschland stattfinden.</p> <p>Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund werden dann erstattet, soweit für diesen</p>	<p>0 keine künstliche Befruchtung</p> <p>K/S Keine Tarifaussage.</p> <p>Information: Reproduktionsmedizinische Maßnahmen werden über die ambulanten Tarifbausteine des Versicherers erstattet.</p> <p>K 20 Keine Tarifaussage.</p> <p>Information: Reproduktionsmedizinische Maßnahmen werden über die ambulanten Tarifbausteine des Versicherers erstattet.</p>
--	--	---	---	---

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>Sterilität der versicherten Person, - dass nach fachärztlich-gynäkologischer Feststellung eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht und - dass die zu behandelnde weibliche Person das 41. Lebensjahr bei Behandlungsbeginn noch nicht vollendet hat.</p> <p>Nach maximal zwei durch reproduktionsmedizinische Behandlungen herbeigeführten Geburten besteht kein weiterer Leistungsanspruch.</p> <p>Besteht ein Anspruch des beim Versicherer nicht versicherten Partners auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs, einem sonstigen Leistungsträger oder einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.</p>	<p>ist.</p> <p>Außerdem bestehen folgende Voraussetzungen:</p> <p>-Bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann. -Zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet. -Die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung). -Die Behandlung entspricht deutschem Recht.</p> <p>Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange diese Voraussetzungen erfüllt sind.</p> <p>Weiterhin gilt: Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.</p>	<p>beim Versicherer oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser kein Leistungsanspruch hergeleitet werden kann.</p>	

Sterilisation bei Frauen: Welche Kosten übernimmt der Tarif bei einer Sterilisation bei Frauen?

<input type="radio"/> keine Sterilisation Frau EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> keine Sterilisation Frau AktiMed Best 90 (AMB90U) Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> keine Sterilisation Frau NK.2 Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> keine Sterilisation Frau BUSINESS Keine Tarifleistung.	<input type="radio"/> keine Sterilisation Frau K/S Keine Tarifaussage.
---	--	--	---	---

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Information des Versicherers: Im Rahmen medizinischer Notwendigkeit werden die Kosten erstattet.				K 20 Keine Tarifaussage.
Kur stationär: Was wird bei einer stationären Kur geleistet?				
<p>B+ Kur</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) 100% der Kosten werden für stationäre Kurbehandlung erstattet.</p> <p>Übernommen werden bei Genesungskuren oder sonstigen Kuren in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, ärztliche Beratung, Besuche und Verrichtungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel (Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen), Kurtaxe. Sonstige Kuren werden einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren ersetzt.</p> <p>Bei Genesungskuren wird zusätzlich ein Genesungstagegeld in Höhe von 200€ für längstens vier Wochen je Kur gezahlt.</p> <p>Information: Als Genesungskur im Sinne dieses Tarifs gilt eine Kur, der eine mindestens zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die medizinische Notwendigkeit durch ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes nachgewiesen wird. Ansonsten liegt eine sonstige Kur vor, deren medizinische Notwendigkeit auch durch ein Attest vor Beginn der sonstigen Kur nachzuweisen ist.</p>	<p>B- Kur</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) 90% der Kosten werden für stationäre Kuren bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100% bis zu einem Betrag in Höhe von 1000€ innerhalb von 24 Monaten erstattet, soweit diese ärztlich verordnet sind.</p> <p>Übernommen werden Unterkunft und Verpflegung in Krankenhäusern, Kurtaxe, Kurplan, ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Kurmittel und physikalische Therapie.</p>	<p>A- Kur</p> <p>NK.2 Kurbehandlung wird zum Teil zu 100%, zum Teil zu 80% erstattet. 100%-Erstattung bei Arztbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, Fahrt- und Transportkosten, 80%-Erstattung bei Heilmittel, Psychotherapie und Heilpraktikerbehandlung. Heilpraktikerbehandlung wird nur bis zu einem Rechnungsbetrag von 2600€ im Kalenderjahr erstattet. Die Aufwendungen sind dabei jeweils so von der Erstattung umfasst, wie sie auch bei ambulanter Heilbehandlung übernommen werden. Ein Kurtagegeld von 11€ wird außerdem im Anschluss an einen 14-tägigen Krankenhausaufenthalt, längstens jedoch 28 Tage gezahlt, wenn die Kur innerhalb von drei Monaten nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt, von dem behandelten Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird. (Das Kurtagegeld wird nicht auf den bestehenden Selbstbehalt angerechnet.)</p>	<p>0 keine Kur</p> <p>BUSINESS Keine Tarifleistung.</p>	<p>0 keine Kur</p> <p>K/S Keine Tarifleistung. K 20 Keine Tarifleistung.</p>
Beitragsfrei bei Elternschaft: Für wie viele Monate erfolgt eine Beitragsfreistellung bei Bezug von Elterngeld bzw. bei Elternurlaub?				
<p>B+ beitragsfrei/ Elternschaft</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Bei Bezug von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes</p>	<p>0 Elternschaft nicht beitragsfrei</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Keine Beitragsfreistellung.</p>	<p>0 Elternschaft nicht beitragsfrei</p> <p>NK.2 Keine Beitragsfreistellung.</p>	<p>0 Elternschaft nicht beitragsfrei</p> <p>BUSINESS Keine Beitragsfreistellung.</p>	<p>0 Elternschaft nicht beitragsfrei</p> <p>K/S Keine Beitragsfreistellung.</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>(BEEG) besteht betragsfreier Versicherungsschutz für die Dauer des Bezugs, höchstens jedoch für sechs Monate.</p> <p>Dieser Anspruch besteht, soweit zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens acht Monate in diesem Tarif versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheids vorgelegt wird.</p>				<p>K 20 Keine Beitragsfreistellung.</p>

Zahn

GOZ - Zahnärzte Ausland: In welchem Umfang wird der Rechnungsbetrag für Zahnarztkosten im Ausland erstattet, wenn der Zahnarzt gezielt aufgesucht wird?

A+ Ärzte im Ausland	B+ Ärzte im Ausland	B Ärzte im Ausland	A- Ärzte im Ausland	B+ Ärzte im Ausland
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten auch über die Höchstsätze der im jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten hinaus erstattet. Wobei sich der Versicherungsschutz auf Europa erstreckt.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz, darüber hinaus, solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht unter folgenden Voraussetzungen zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz: - Für die versicherte Person besteht beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Zahnärztliche Leistungen im Ausland werden im gleichen Umfang wie im Inland übernommen, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Wobei sich der Versicherungsschutz auf Europa bezieht.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung zwölf Monate lang dieser Versicherungsschutz, darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei notwendiger Heilbehandlung, soweit die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann.</p>	<p>NK.2 Zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre. (In der BRD wird auch über den Höchstsatz der GOZ erstattet). Wobei der Versicherungsschutz weltweit besteht.</p> <p>Die Einschränkung auf die Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre, gilt nicht, soweit - die medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland nicht oder nur teilweise in der BRD durchführbar gewesen wäre oder - der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder - im Rahmen eines Notfalls (= einer nicht planbaren Behandlung) ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.</p>	<p>BUSINESS Zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung in der Bundesrepublik erstattet worden wäre. (In der BRD wird auch über die Höchstsatz der GOZ erstattet). Wobei sich der Versicherungsschutz auf Europa bezieht.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht dieser Versicherungsschutz zwölf Monate lang, darüber hinaus besteht Versicherungsschutz, soweit die versicherte Person nicht transportfähig ist.</p>	<p>Z100/80 Umrechnung nach GOZ. Geleistet wird bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ.</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
- Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthalts fortgeführt.				
Ausland unbegrenzt - akut				
✓	✗	✓	✗	✗
Ausland unbegrenzt - gezielt				
✓	✗	✗	✗	✗
Summenbegrenzung Zahn: Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und/ oder Kieferorthopädie?				
A+ Summenbegrenzung EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es bestehen folgende Summenbegrenzungen insgesamt für Zahnersatz und Kieferorthopädie: Im 1. bis 3. Kalenderjahr 10000€. (Achtung Rechnungsbeträge!)	B+ Summenbegrenzung AktiMed Best 90 (AMB90U) Ab Versicherungsbeginn gelten folgende Höchstleistungsbeträge für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt: 1000€ innerhalb der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt), 2000€ innerhalb der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt), 3000€ innerhalb der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt), 4000€ innerhalb der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt).	C Summenbegrenzung NK.2 Es bestehen folgende Summenbegrenzungen insgesamt für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie: Zusammen im 1. und 2. Kalenderjahr 1800€, im 3. und 4. Kalenderjahr 2600€, im 5. und 6. Kalenderjahr 3900€, im 7. und 8. Kalenderjahr 5200€, im 9. und 10. Kalenderjahr 7800€. (Achtung: Rechnungsbeträge!)	B Summenbegrenzung BUSINESS Es bestehen folgende Summenbegrenzungen für Zahnersatz, Inlays, Gnathologie, Implantate und Kieferorthopädie: Im ersten Kalenderjahr 1000€, in den ersten beiden Kalenderjahren insgesamt 2000€, in den ersten drei Kalenderjahren insgesamt 3000€, in den ersten vier Kalenderjahren insgesamt 4000€, in den ersten fünf Kalenderjahren insgesamt 5000€, in den ersten fünf Kalenderjahren insgesamt 6000€.	A- Summenbegrenzung Z100/80 Es bestehen folgende Summenbegrenzungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays: Im ersten Kalenderjahr 1000€, in den ersten beiden Kalenderjahren 1500€, in den ersten drei Kalenderjahren 2000€. (Die angegebenen Werte beziehen sich auf den Rechnungsbetrag!)
Keine Summenbegrenzung Zahnbehandlung				
✓	✗	✗	✗	✓
Keine Summenbegrenzung Zahnersatz				
✗	✗	✗	✗	✗
Keine Summenbegrenzung Kieferorthopädie				
✗	✗	✗	✗	✗
Fahrtkosten zum Zahnarzt: In welchem Umfang werden bei Gehunfähigkeit die Fahrtkosten zum und vom Zahnarzt erstattet?				
0 keine Fahrtkosten	0 keine Fahrtkosten	0 keine Fahrtkosten	0 keine Fahrtkosten	0 keine Fahrtkosten

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Keine Tarifleistung.	AktiMed Best 90 (AMB90U) Keine Tarifleistung.	NK.2 Keine Tarifleistung.	BUSINESS Keine Tarifleistung.	Z100/80 Keine Tarifleistung.
Fehlende Zähne - Zuschlag: Wird ein Zuschlag wegen fehlender nicht ersetzter Zähne erhoben? Wenn ja, in welcher Höhe?				
A+ kein Zuschlag fehlende Zähne	C- Zuschlag/ fehlende Zähne	A+ kein Zuschlag fehlende Zähne	A+ kein Zuschlag fehlende Zähne	C Zuschlag/ fehlende Zähne
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es wird kein Zuschlag erhoben.	AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, 15€ je fehlendem Zahn.	NK.2 Es wird kein Zuschlag erhoben. Gegebenenfalls Leistungsausschluss oder Antragsablehnung.	BUSINESS Es wird kein Zuschlag erhoben.	Z100/80 Ja, der Zuschlag beträgt 6€ für jeden fehlenden, nicht ersetzen Zahn, wenn das Gebiss Zahnlücken hat und dem gegenüberliegenden Zahn der Gegenbiss fehlt.
Fehlende Zähne - Erstattung: In welchem Umfang werden die Kosten für fehlende nicht ersetzte Zähne übernommen?				
C- Erstattung fehlender Zähne	0 keine Erstattung fehlender Zähne	0 keine Erstattung fehlender Zähne	C Erstattung fehlender Zähne	C- keine Erstattung fehlender Zähne
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Für fehlende Zähne (Ersatz ist nicht angeraten oder beabsichtigt) sind die für jeglichen Zahnersatz vorgesehenen Leistungen in den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt: Ab zwei fehlenden Zähnen: Im ersten Kalenderjahr 250€, im zweiten Kalenderjahr 500€, im dritten Kalenderjahr 750€. Ab drei fehlenden Zähnen: Im ersten Kalenderjahr 125€, im zweiten Kalenderjahr 250€, im dritten Kalenderjahr 375€. Ab vier fehlenden Zähnen erfolgt Ablehnung (Ausnahme: Lückenschluss).	AktiMed Best 90 (AMB90U) Keine explizite Tarifaussage. Grundsätzlich ist dies nach den Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen.	NK.2 Keine Tarifleistung.	BUSINESS Grundsätzlich sehen die Tarife des Versicherers keine Zahnstaffel vor. Sofern eine zahnärztliche Behandlung angeraten oder begonnen wurde, ist grundsätzlich ein zahnärztliches Zeugnis notwendig. Die Kosten hierfür hat der Antragssteller zu tragen. Für die angeratenen oder begonnenen zahnärztlichen Maßnahmen wird ein Leistungsausschluss vereinbart. Darüber hinaus wird das Risiko der nicht vom Leistungsausschluss betroffenen Zähne geprüft und gegebenenfalls durch eine Leistungsstaffel begrenzt. Ist keine zahnärztliche Behandlung angeraten oder begonnen worden, erfolgt die Risikobeurteilung nach Anzahl der fehlenden Zähne. Ab zwei fehlenden Zähnen sowie ab drei fehlenden Zähnen, die mit festsitzendem Zahnersatz versorgt sind, der älter als zehn Jahre ist, kann dem Kunden direkt eine Leistungsstaffel angeboten werden. Ab fünf fehlenden Zähnen sowie ab fünf fehlenden Zähnen, die mit festsitzendem Zahnersatz versorgt sind, der älter als zehn Jahre ist, ist eine Risikoprüfung nur mit zahnärztlichem Zeugnis möglich. Die	Z100/80 Wenn ein Risikozuschlag vereinbart ist, werden die Kosten tariflich übernommen.

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
			Kosten für das zahnärztliche Zeugnis trägt der Antragsteller. Nach Prüfung des zahnärztlichen Zeugnisses wird dann entschieden, ob ein Leistungsausschluss und/ oder eine Leistungsstaffel erforderlich ist/ sind. Dies gilt auch wenn sowohl vier fehlende Zähne und gleichzeitig vier fehlende Zähne, die mit feststehendem Zahnersatz versorgt sind, der älter als zehn Jahre ist, gegeben sind.	

Laufende Zahnbehandlung: Werden die Restkosten einer laufenden zahnärztlichen Behandlung übernommen?

C- keine laufende Zahnbehandlung EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Laufende zahnärztliche Maßnahmen werden in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Für die Formulierung des Leistungsausschlusses sind die betroffenen Zahnnummern erforderlich.	C- keine laufende Zahnbehandlung AktiMed Best 90 (AMB90U) Grundsätzlich werden solche Behandlungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, können aber gegen Vorlage des Nachweises der Vorversicherung (Lücke maximal 4 Monate) alternativ mit einem Risikozuschlag mitversichert werden.	0 keine laufende Zahnbehandlung NK.2 Keine Tarifleistung.	0 keine laufende Zahnbehandlung BUSINESS Nein, in der Regel wird ein Leistungsausschluss vereinbart.	0 keine laufende Zahnbehandlung Z100/80 Keine Tarifleistung.
---	--	---	--	--

Selbstbehalt gilt für: Auf welche Leistungsbereiche (ambulant/stationär/Zahn) bezieht sich der absolute Selbstbehalt?

C+ Selbstbehalt EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Der Selbstbehalt bezieht sich auf alle tariflichen Versicherungsleistungen, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Entbindungspauschale und Zahnprophylaxe, soweit sie in den jeweiligen Rechnungen als Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen bzw. als Hausentbindung bezeichnet werden.	C- Selbstbehalt AktiMed Best 90 (AMB90U) Selbstbehalt bezieht sich auf alle Tarifleistungen (ambulant, stationär einschließl. Ersatz-KHT und Zahn sowie auf Pflege-Pauschale). Hinweis: Ein Rechnungsbetrag von 5000€ pro Jahr wird nur selten erreicht, daher ist der durchschnittliche Selbstbehalt in diesem Tarif deutlich unter dem Maximalwert von 500€ (=maximaler Selbstbehalt). Modellrechnungen der Allianz zeigen, dass - gemessen an der durchschnittlichen Belastung der Kunden - der prozentuale Selbstbehalt einem absoluten Selbstbehalt von etwa 180€ entspricht. Über die Alter differenziert ergibt sich der	C Selbstbehalt NK.2 Der Selbstbehalt bezieht sich auf alle tariflichen Versicherungsleistungen einschließlich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus. Ausgenommen sind Entbindungspauschale, Kurtagegeld, Auslandsrücktransport, Kosten für Überführung aus bzw. für Bestattung im Ausland.	0 Selbstbehalt BUSINESS Der Selbstbehalt bezieht sich auf ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen.	A+ kein Selbstbehalt Z100/80 Es besteht kein absoluter Selbstbehalt.
---	---	--	---	--

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>folgende durchschnittliche Selbstbehalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder und Jugendliche (Alter 0-20): 130€, - Junge Erwachsene (Alter 21-39): 190€, - Mittlere Erwachsene (Alter 40-64): 220€, - Ältere Versicherte (ab Alter 65): 310€. <p>Für eine individuelle rechnerische Darstellung des Selbstbehalts kann im KV-Vorschlag das manuelle Feld benutzt werden.</p>			

Umwandlung Voll in Zusatz: Besteht ein Rechtsanspruch, bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung umzuwandeln?

A+ Umwandlungsrecht Voll in Zusatz	A+ Umwandlungsrecht Voll in Zusatz	A Umwandlungsrecht Voll in Zusatz	0 kein Umwandlungsrecht Voll in Zusatz	A Umwandlungsrecht Voll in Zusatz
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es besteht das Recht bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine für den Neuzugang geöffnete Ergänzungsversicherung zu einer gesetzlichen Krankenversicherung umzustellen, soweit</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Umstellung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt wird und - die Ergänzungsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht beginnt. <p>Die Umstellung ist ohne Gesundheitsprüfung möglich, soweit die Leistungen nicht höher oder umfassender sind als in diesem Tarif. Ist der Versicherungsschutz höher oder umfassender, kann für die Mehrleistung ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Außerdem sind für den hinzukommenden</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, die versicherte Person kann verlangen und hat somit das Recht, dass der Versicherer den Antrag auf Abschluss einer Krankheitskostenversicherung annimmt,</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei der die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind, - die für den Neuzugang geöffnet ist und - die maximal die gleichen Leistungsbereiche umfasst, wie die in der bisherigen substitutiven Krankheitskostenversicherung. <p>Der Versicherer verpflichtet sich, die aus dem Vertrag erworbenen Rechte in entsprechender Anwendung von § 204 I VVG anzurechnen. Soweit die Leistungen des gewählten Tarifs höher oder umfassender sind als im bisherigen, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.</p>	<p>NK.2 Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen.</p> <p>Dabei muss die Zusatzversicherung in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p>	<p>BUSINESS Es besteht kein Rechtsanspruch, bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung umzuwandeln.</p>	<p>Z100/80 Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen.</p> <p>Dabei muss die Zusatzversicherung in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.	Der Antrag kann nur gleichzeitig mit der Kündigung der substitutiven Krankheitskostenversicherung erklärt werden. Während die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die für sie als substitutive Krankenversicherung abgeschlossenen Tarife oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen kann.			

Private Pflegepflichtversicherung

Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1: In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1 gezahlt?

<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1064€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1064€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1064€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1064€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1064€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>
--	--	--	--	--

Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2: In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2 gezahlt?

<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1330€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1330€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1330€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1330€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1330€ monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).</p>
--	--	--	--	--

Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3: In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3 gezahlt?

<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1612€</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1612€</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1612€</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1612€</p>	<p>B - vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Es werden Leistungen in Höhe von 1612€</p>
---	---	---	---	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
(in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).	(in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).	(in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).	(in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).	(in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht, insgesamt aber jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten (gemäß § 82 III, IV SGB XI).
Häusliche Pflege in Pflegestufe 1: In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 1 gezahlt?				
C häusliche Pflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 468€ monatlich erbracht.	C häusliche Pflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 468€ monatlich erbracht.	C häusliche Pflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 468€ monatlich erbracht.	C häusliche Pflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 468€ monatlich erbracht.	C häusliche Pflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 468€ monatlich erbracht.
Häusliche Pflege in Pflegestufe 2: In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 2 gezahlt?				
C+ häusliche Pflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1144€ monatlich erbracht.	C+ häusliche Pflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1144€ monatlich erbracht.	C+ häusliche Pflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1144€ monatlich erbracht.	C+ häusliche Pflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1144€ monatlich erbracht.	C+ häusliche Pflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1144€ monatlich erbracht.
Häusliche Pflege in Pflegestufe 3: In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 3 gezahlt?				
B häusliche Pflege in Pflegestufe 3 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1612€ (in besonders gelagerten Fällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht.	B häusliche Pflege in Pflegestufe 3 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1612€ (in besonders gelagerten Fällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht.	B häusliche Pflege in Pflegestufe 3 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1612€ (in besonders gelagerten Fällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht.	B häusliche Pflege in Pflegestufe 3 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1612€ (in besonders gelagerten Fällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht.	B häusliche Pflege in Pflegestufe 3 PVN Es werden Leistungen in Höhe von bis zu 1612€ (in besonders gelagerten Fällen zur Vermeidung von Härten bis zu 1995€) monatlich erbracht.
Häusliche Pflege durch Laien / Familienpflege: Um wieviel Prozent wird die Leistung gekürzt, wenn die Pflege durch Laien, z.B. Familienangehörige, und nicht durch eine Pflegefachkraft durchgeführt wird?				
B- Kürzung bei Laienpflege PVN Erfolgt die häusliche Pflege nicht durch Pflegefachkräfte, sondern ausschließlich durch Pflegepersonen (bspw. Familienangehörige), wird ein Pflegegeld bezahlt. Dieses beträgt für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244€, in Pflegestufe II 458€ und in Pflegestufe III 728€.	B- Kürzung bei Laienpflege PVN Erfolgt die häusliche Pflege nicht durch Pflegefachkräfte, sondern ausschließlich durch Pflegepersonen (bspw. Familienangehörige), wird ein Pflegegeld bezahlt. Dieses beträgt für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244€, in Pflegestufe II 458€ und in Pflegestufe III 728€.	B- Kürzung bei Laienpflege PVN Erfolgt die häusliche Pflege nicht durch Pflegefachkräfte, sondern ausschließlich durch Pflegepersonen (bspw. Familienangehörige), wird ein Pflegegeld bezahlt. Dieses beträgt für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244€, in Pflegestufe II 458€ und in Pflegestufe III 728€.	B- Kürzung bei Laienpflege PVN Erfolgt die häusliche Pflege nicht durch Pflegefachkräfte, sondern ausschließlich durch Pflegepersonen (bspw. Familienangehörige), wird ein Pflegegeld bezahlt. Dieses beträgt für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244€, in Pflegestufe II 458€ und in Pflegestufe III 728€.	B- Kürzung bei Laienpflege PVN Erfolgt die häusliche Pflege nicht durch Pflegefachkräfte, sondern ausschließlich durch Pflegepersonen (bspw. Familienangehörige), wird ein Pflegegeld bezahlt. Dieses beträgt für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244€, in Pflegestufe II 458€ und in Pflegestufe III 728€.

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1: In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1 erbracht?				
<p>C teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 468€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 468€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 468€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 468€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 468€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>
Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2: In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2 erbracht?				
<p>C+ teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1144€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C+ teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1144€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C+ teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1144€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C+ teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1144€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>	<p>C+ teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1144€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.</p>
Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3: In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3 erbracht?				
<p>B- teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1612€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte</p>	<p>B- teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1612€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte</p>	<p>B- teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1612€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte</p>	<p>B- teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1612€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte</p>	<p>B- teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3</p> <p>PVN Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1612€ erstattet. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.
Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1: In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 erbracht?				
C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.
Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2: In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 erbracht?				
C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 PVN Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.
Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3: In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 erbracht?				
C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 PVN	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 PVN	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 PVN	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 PVN	C+ Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 PVN

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.	Es werden Leistungen bis zu einem kalenderjährlichen Gesamtbetrag (für Kurzzeitpflege) von 1612€ erbracht. Der Anspruch darauf ist auf maximal vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Außerdem besteht für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen ein Erstattungsanspruch in Höhe von 104€ (Grundbetrag) bzw. 208€ (erhöhter Betrag) monatlich. Der in einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Betrag kann ins Folgehalbjahr übertragen werden.
Anzeige einer Pflegebedürftigkeit: Bis wann muss dem Versicherer eine Pflegebedürftigkeit angezeigt werden?				
C- Anzeige Pflegebedürftigkeit PVN Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Wird diese Obliegenheit verletzt, so wird ein vereinbartes Pflagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt.	C- Anzeige Pflegebedürftigkeit PVN Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.	C- Anzeige Pflegebedürftigkeit PVN Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.	C- Anzeige Pflegebedürftigkeit PVN Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.	C- Anzeige Pflegebedürftigkeit PVN Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Auf welcher Grundlage wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?				
A Definition Pflegebedürftigkeit PVN Eine genaue Definition der Pflegestufen befindet sich in § 1 VI der AVB.	A Definition Pflegebedürftigkeit PVN Eine genaue Definition der Pflegestufen befindet sich in § 1 VI der AVB.	A Definition Pflegebedürftigkeit PVN Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.	A Definition Pflegebedürftigkeit PVN Eine genaue Definition der Pflegestufen befindet sich in § 1 VI der AVB.	A Definition Pflegebedürftigkeit PVN Eine genaue Definition der Pflegestufen befindet sich in § 1 VI der AVB.

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
		Schwerpflegebedürftig (Pflegestufe II) sind Personen, die für die oben stehenden Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) sind Personen, die für die oben stehenden Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.		
Beitragsbefreiung bei Pflege: Ab welcher Pflegestufe / Umfang wird der Tarifbeitrag erlassen?				
<input type="radio"/> Pflege nicht beitragsfrei PVN Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen.	<input type="radio"/> Pflege nicht beitragsfrei PVN Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen.	<input type="radio"/> Pflege nicht beitragsfrei PVN Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> Pflege nicht beitragsfrei PVN Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen.	<input type="radio"/> Pflege nicht beitragsfrei PVN Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen.
Dynamisierung: In welchem Umfang erhöht sich das Pfl egetagegeld bzw. Pflegegeld automatisch ohne Gesundheitsprüfung (Leistungsanpassungsklausel)?				
<input type="radio"/> keine Anpassungsmöglichkeit PVN Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> keine Anpassungsmöglichkeit PVN Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> keine Anpassungsmöglichkeit PVN Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> keine Anpassungsmöglichkeit PVN Keine Tarifaussage.	<input type="radio"/> keine Anpassungsmöglichkeit PVN Keine Tarifaussage.
Wartezeit Pflege: Wie lange ist die Wartezeit (= vom Versicherungsbeginn an), bis erstmalig Leistungen in Anspruch genommen werden können?				
<input checked="" type="radio"/> Wartezeiten PVN Die Wartezeit beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrags zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrags mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.	<input checked="" type="radio"/> Wartezeiten PVN ---Die Wartezeit beträgt zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.	<input checked="" type="radio"/> Wartezeiten PVN Die Wartezeit beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrags zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrags mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.	<input checked="" type="radio"/> Wartezeiten PVN Die Wartezeit beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrags zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrags mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.	<input checked="" type="radio"/> Wartezeiten PVN ---Die Wartezeit beträgt zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.
Karenzzeit Pflege: Welche Karenzzeiten (= vom Versicherungsfall an) gelten?				
<input checked="" type="radio"/> keine Karenzzeit PVN Es besteht keine Karenzzeit.	<input checked="" type="radio"/> keine Karenzzeit PVN Es besteht keine Karenzzeit.	<input checked="" type="radio"/> keine Karenzzeit PVN Es besteht keine Karenzzeit.	<input checked="" type="radio"/> keine Karenzzeit PVN Es besteht keine Karenzzeit.	<input checked="" type="radio"/> keine Karenzzeit PVN Es besteht keine Karenzzeit.

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Pflegeleistung: Welche Pflegeleistungen werden erstattet?

<p>A+ Pflegeleistung</p> <p>PVN Bei häuslicher Pflege wird Pflegehilfe bzw. ein Pflegegeld gewährt. Bei teilstationärer Pflege werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erstattet. Im Rahmen der jeweiligen Höchstbeträge sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück sowie die Aufwendungen für die soziale Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig. Bei vollstationärer Pflege und bei der Kurzzeitpflege wird für die allgemeinen Pflegeleistungen, für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung geleistet. Erstattungsfähig sind des Weiteren Pflegehilfsmittel und technische Hilfen.</p>	<p>A+ Pflegeleistung</p> <p>PVN Bei häuslicher Pflege wird Pflegehilfe bzw. ein Pflegegeld gewährt. Bei teilstationärer Pflege werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erstattet. Im Rahmen der jeweiligen Höchstbeträge sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück sowie die Aufwendungen für die soziale Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig. Bei vollstationärer Pflege und bei der Kurzzeitpflege wird für die allgemeinen Pflegeleistungen, für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung geleistet. Erstattungsfähig sind des Weiteren Pflegehilfsmittel und technische Hilfen.</p>	<p>A+ Pflegeleistung</p> <p>PVN Bei häuslicher Pflege wird Pflegehilfe bzw. ein Pflegegeld gewährt. Bei teilstationärer, vollstationärer sowie Kurzzeitpflege werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erstattet. Zusätzliche Betreuungsleistungen bei teilstationärer und Kurzzeitpflege. Erstattungsfähig sind des Weiteren Pflegehilfsmittel und technische Hilfen sowie Pflegekurse.</p>	<p>A+ Pflegeleistung</p> <p>PVN Bei häuslicher Pflege wird Pflegehilfe bzw. ein Pflegegeld gewährt. Bei teilstationärer Pflege werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erstattet. Im Rahmen der jeweiligen Höchstbeträge sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück sowie die Aufwendungen für die soziale Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig. Bei vollstationärer Pflege und bei der Kurzzeitpflege wird für die allgemeinen Pflegeleistungen, für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung geleistet. Erstattungsfähig sind des Weiteren Pflegehilfsmittel und technische Hilfen.</p>	<p>A+ Pflegeleistung</p> <p>PVN Bei häuslicher Pflege wird Pflegehilfe bzw. ein Pflegegeld gewährt. Bei teilstationärer Pflege werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erstattet. Im Rahmen der jeweiligen Höchstbeträge sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück sowie die Aufwendungen für die soziale Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig. Bei vollstationärer Pflege und bei der Kurzzeitpflege wird für die allgemeinen Pflegeleistungen, für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung geleistet. Erstattungsfähig sind des Weiteren Pflegehilfsmittel und technische Hilfen.</p>
---	---	---	---	---

Pflegehilfsmittel / technische Hilfen: Welche Leistungen sieht der Tarif für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen vor?

<p>B+ Pflegehilfsmittel, technische Hilfen</p> <p>PVN 100% der Aufwendungen für technische Hilfsmittel werden erstattet, soweit Leihe nicht möglich ist. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10% der Aufwendungen, höchstens jedoch 25€ je Hilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen. Technische Hilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab,</p>	<p>B+ Pflegehilfsmittel, technische Hilfen</p> <p>PVN 100% der Aufwendungen für technische Hilfsmittel werden erstattet, soweit Leihe nicht möglich ist. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10% der Aufwendungen, höchstens jedoch 25€ je Hilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen. Technische Hilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab,</p>	<p>B+ Pflegehilfsmittel, technische Hilfen</p> <p>PVN 100% der Aufwendungen für technische Hilfsmittel werden erstattet, soweit Leihe nicht möglich ist. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10% der Aufwendungen, höchstens jedoch 25€ je Hilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen. Technische Hilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab,</p>	<p>B+ Pflegehilfsmittel, technische Hilfen</p> <p>PVN 100% der Aufwendungen für technische Hilfsmittel werden erstattet, soweit Leihe nicht möglich ist. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10% der Aufwendungen, höchstens jedoch 25€ je Hilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen. Technische Hilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab,</p>	<p>B+ Pflegehilfsmittel, technische Hilfen</p> <p>PVN 100% der Aufwendungen für technische Hilfsmittel werden erstattet, soweit Leihe nicht möglich ist. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10% der Aufwendungen, höchstens jedoch 25€ je Hilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen. Technische Hilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab,</p>
---	---	---	---	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>haben sie die Aufwendungen für das Hilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu 40€ je Kalendermonat erstattet.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 4000€ je Maßnahme beschränkt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Verzeichnis ist dem Tarif beigefügt.</p>	<p>haben sie die Aufwendungen für das Hilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu 40€ je Kalendermonat erstattet.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 4000€ je Maßnahme beschränkt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Verzeichnis ist dem Tarif beigefügt.</p>	<p>haben sie die Aufwendungen für das Hilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu 40€ je Kalendermonat erstattet.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 4000€ je Maßnahme beschränkt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Verzeichnis ist dem Tarif beigefügt.</p>	<p>haben sie die Aufwendungen für das Hilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu 40€ je Kalendermonat erstattet.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 4000€ je Maßnahme beschränkt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Verzeichnis ist dem Tarif beigefügt.</p>	<p>haben sie die Aufwendungen für das Hilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu 40€ je Kalendermonat erstattet.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 4000€ je Maßnahme beschränkt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Verzeichnis ist dem Tarif beigefügt.</p>
<p>Geltungsbereich Pflege: Wird das Pflegetagegeld bzw. Pflegegeld auch außerhalb von Deutschland bezahlt?</p>				
<p>B+ Geltungsbereich weltweit begrenzt</p> <p>PVN Nein. Lediglich bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr wird das Pflegegeld weiter bezahlt. Der Anspruch auf Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz.</p>	<p>C- Geltungsbereich weltweit begrenzt</p> <p>PVN Nein, grundsätzlich keine Leistung. Jedoch werden bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr gewisse Leistungen weiter erbracht, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts begleitet.</p>	<p>C- Geltungsbereich weltweit begrenzt</p> <p>PVN Nein, grundsätzlich keine Leistung. Jedoch werden bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr die tariflichen Leistungen weiter erbracht, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts begleitet.</p>	<p>B+ Geltungsbereich weltweit begrenzt</p> <p>PVN Nein, grundsätzlich keine Leistung. Jedoch werden bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr das Pflegegeld oder ein anteiliges Pflegegeld sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen weiter erbracht, teilweise nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts begleitet. Der Anspruch auf Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen</p>	<p>B+ Geltungsbereich weltweit begrenzt</p> <p>PVN Nein, grundsätzlich keine Leistung. Jedoch werden bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr das Pflegegeld oder ein anteiliges Pflegegeld sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen weiter erbracht, teilweise nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts begleitet. Der Anspruch auf Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen</p>

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
			Wirtschaftsraum oder der Schweiz.	Wirtschaftsraum oder der Schweiz.

Allgemein

Wartezeiterlass von GKV ohne Vorversicherungszeit: Welche Wartezeiten bestehen ohne Untersuchungsbericht bzw. ohne Anrechnung der Vorversicherungszeit bei Übertritt von GKV zu PKV?

<p>Info Wartezeiterlass von GKV ohne VZ</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es besteht keine Wartezeit.</p> <p>PVN Personen, die aus einer GKV ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Kann keine Vorversicherungszeit angerechnet werden, was in der Praxis nicht vorkommt, und wird die Versicherung ohne ärztliche Untersuchung beantragt, würde die übliche Wartezeitregelung gelten (§3 I bis III der AVB).</p>	<p>Info Wartezeiterlass von GKV ohne VZ</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Es besteht keine Wartezeit.</p> <p>PVN Es wird unterschieden zwischen alten und neuen Tarifen.</p> <p>Alte Tarife: Die allgemeine Wartezeit von drei Monaten rechnet vom Versicherungsbeginn (technischer Versicherungsbeginn) an. Die besondere Wartezeit von acht Monaten gilt laut den Musterbedingungen für Entbindungen, Psychotherapie, Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Der Grund für diese Maßnahme ist der gleiche wie für die allgemeine Wartezeit. Soweit in den Tarifen der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung kein Wartezeitverzicht vorgesehen ist*, gelten folgende Regelungen: Ärztliche Untersuchung; bei Durchführung einer ärztlichen Untersuchung entfallen sämtliche Wartezeiten. Ehegattennachversicherung (für Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird); hier entfällt die allgemeine Wartezeit. Kindernachversicherung; die Nachversicherung muss ab Geburt erfolgen. Unfall; hier entfällt die allgemeine Wartezeit (auch in der Pflegekrankenversicherung).</p>	<p>Info Wartezeiterlass von GKV ohne VZ</p> <p>NK.2 Allgemeine Wartezeit: 3 Monate, entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen und für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird. Besondere Wartezeit: 8 Monate. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten. Außerdem verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenvollversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.</p> <p>PVN Die Wartezeit beträgt seit dem 1. Januar 2000 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.</p>	<p>Info Wartezeiterlass von GKV ohne VZ</p> <p>BUSINESS Es besteht keine Wartezeit.</p> <p>PVN Es bestehen bei Übertritt von GKV zu PKV (ohne Untersuchungsbericht und ohne Anrechnung der Vorversicherungszeit) entsprechend den AVBs die allgemeine Wartezeit sowie die besonderen Wartezeiten.</p>	<p>Info Wartezeiterlass von GKV ohne VZ</p> <p>A80 Allgemeine Wartezeit: 3 Monate, entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen und für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird. Besondere Wartezeit: 8 Monate. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten. Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.</p> <p>K/S Allgemeine Wartezeit: 3 Monate, entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen und für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird. Besondere Wartezeit: 8 Monate. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten. Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.</p> <p>K 20 Allgemeine Wartezeit: 3 Monate, entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen und für den Ehegatten einer mindestens seit drei</p>
--	---	--	--	--

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	<p>* In der Heilkostenvollversicherung gilt ein genereller Verzicht auf Wartezeiten (Ausnahme: Ergänzungsversicherung zur GKV). Der Wartezeitverzicht ist dann jeweils in Teil III der AVB geregelt.</p> <p>Neue Tarife (Aktimed- Tarife): es bestehen keine Wartezeiten.</p>			<p>Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.</p> <p>Besondere Wartezeit: 8 Monate. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten. Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.</p> <p>Z100/80 Allgemeine Wartezeit: 3 Monate, entfällt bei unfallbedingten Aufwendungen und für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.</p> <p>Besondere Wartezeit: 8 Monate. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten. Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.</p> <p>PVN Die Wartezeit beträgt seit dem 1. Januar 2000 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.</p>

Wartezeiterlass von PKV zu PKV: Welche Wartezeiten bestehen ohne Untersuchungsbericht bei Übertritt von PKV zu PKV?

Info Wartezeiterlass von PKV zu PKV	Info Wartezeiterlass von PKV zu PKV	Info Wartezeiterlass von PKV zu PKV	Info Wartezeiterlass von PKV zu PKV	Info Wartezeiterlass von PKV zu PKV
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Es besteht keine Wartezeit.</p> <p>PVN Personen, die aus einer anderen PKV ausscheiden, wird die nachweislich dort</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Es besteht keine Wartezeit.</p> <p>PVN Es wird unterschieden zwischen alten und neuen Tarifen.</p>	<p>NK.2 Allgemeine Wartezeit: 3 Monate, entfällt bei Unfällen und für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige</p>	<p>BUSINESS Es besteht keine Wartezeit.</p> <p>PVN Bei einem Übertritt von einem anderen PKV-Unternehmen wird in den</p>	<p>A80 Die Vorversicherungszeit wird analog des nahtlosen GKV-Übertritts angerechnet.</p> <p>K/S Die Vorversicherungszeit wird analog des</p>

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet, wenn dort eine Krankheitskostenversicherung mit Versicherungsschutz mindestens für allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.</p>	<p>Alte Tarife: Die allgemeine Wartezeit von drei Monaten rechnet vom Versicherungsbeginn (technischer Versicherungsbeginn) an. Die besondere Wartezeit von acht Monaten gilt laut den Musterbedingungen für Entbindungen, Psychotherapie, Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Der Grund für diese Maßnahme ist der gleiche wie für die allgemeine Wartezeit. Soweit in den Tarifen der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung kein Wartezeitverzicht vorgesehen ist*, gelten folgende Regelungen: Ärztliche Untersuchung: bei Durchführung einer ärztlichen Untersuchung entfallen sämtliche Wartezeiten. Ehegattennachversicherung (für Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird): hier entfällt die allgemeine Wartezeit. Kindernachversicherung: die Nachversicherung muss ab Geburt erfolgen. Unfall: hier entfällt die allgemeine Wartezeit (auch in der Pflegekrankenversicherung). Zudem gilt: Personen, die aus einer substitutiven Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. * In der Heilkostenvollversicherung gilt ein genereller Verzicht auf Wartezeiten (Ausnahme: Ergänzungsversicherung zur GKV). Der Wartezeitverzicht ist dann</p>	<p>Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird. Besondere Wartezeit: 8 Monate. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten. Zudem Verzicht in der Krankheitskostenvollversicherung auf Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt. PVN Die Wartezeit beträgt seit dem 1. Januar 2000 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.</p>	<p>BUSINESSLINE-Tarifen GS, GS1PLUS, GS2, CS2PLUS, GSB1, GSB2 und CSB1 auf die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten verzichtet. In den Spezialtarifen BSS für junge Existenzgründer und BSB für junge Beamte in den neuen Bundesländern verzichtet der Versicherer ebenfalls auf die Wartezeiten.</p>	<p>nahtlosen GKV-Übertritts angerechnet. K 20 Die Vorversicherungszeit wird analog des nahtlosen GKV-Übertritts angerechnet. Z100/80 Die Vorversicherungszeit wird analog des nahtlosen GKV-Übertritts angerechnet. PVN Die Vorversicherungszeit wird analog des nahtlosen GKV-Übertritts angerechnet.</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
	jeweils in Teil III der AVB geregelt. Neue Tarife (z.B. Aktimed- Tarife): es bestehen keine Wartezeiten.			

Vorversicherung fehlt: Unter welchen Bedingungen wird ein Versicherungsantrag angenommen, wenn keine Vorversicherung nachgewiesen werden kann?

Info Vorversicherung fehlt	Info Vorversicherung fehlt	Info Vorversicherung fehlt	Info Vorversicherung fehlt	Info Vorversicherung fehlt
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Bei einer Vorversicherungslücke von mehr als sechs Monaten ist zur Risikoprüfung eine ärztliche Untersuchung notwendig. PVN Bei einer Vorversicherungslücke von mehr als sechs Monaten ist zur Risikoprüfung eine ärztliche Untersuchung notwendig.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Derzeit keine Aussage des Versicherers. PVN Derzeit keine Aussage des Versicherers.</p>	<p>NK.2 Bei einer fehlenden Vorversicherung von bis zu drei Monaten: Kein Wartezeiterlass, ansonsten normale Risikoprüfung. Beträgt die Lücke in der Vorversicherung mehr als drei Monate, ist ein ärztliches Untersuchung mit Laborwerten einzureichen und es findet eine normale Risikoprüfung statt. PVN Bei einer fehlenden Vorversicherung von bis zu drei Monaten: Kein Wartezeiterlass, ansonsten normale Risikoprüfung. Beträgt die Lücke in der Vorversicherung mehr als drei Monate, ist ein ärztliches Untersuchung mit Laborwerten einzureichen und es findet eine normale Risikoprüfung statt.</p>	<p>BUSINESS Versichert werden können Personen mit einer in den letzten 24 Monaten lückenlos bestehenden inländischen GKV- oder inländischen PKV-Vorversicherung. Betrachtet wird der Zeitraum vor Antragstellung. Personen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind grundsätzlich nur dann versicherbar, wenn - ein ärztliches Zeugnis und - ein zahnärztliches Zeugnis jeweils auf Kosten des Antragstellers vorgelegt werden und die Risikoprüfung eine Aufnahme zulässt. Das zahnärztliche Zeugnis ist bei Kindern erst ab einem Alter von 6 Jahren vorzulegen. PVN Versichert werden können Personen mit einer in den letzten 24 Monaten lückenlos bestehenden inländischen GKV- oder inländischen PKV-Vorversicherung. Betrachtet wird der Zeitraum vor Antragstellung. Personen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind grundsätzlich nur dann versicherbar, wenn - ein ärztliches Zeugnis und - ein zahnärztliches Zeugnis jeweils auf Kosten des Antragstellers vorgelegt werden und die Risikoprüfung eine Aufnahme zulässt. Das zahnärztliche Zeugnis ist bei Kindern erst ab einem Alter von 6 Jahren vorzulegen.</p>	<p>A80 Wenn Antragsteller 3 Monate und länger nicht versichert sind, ist ein ärztlicher Untersuchungsbericht einschließlich aktueller Laborwerte (Blutzucker, HDL, LDL, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, GPT, Y-GT, GOT und HIV-Test (Einzelfallentscheidung)) erforderlich. Zusätzlich ist, wenn der Antragsteller seit zwei Jahren nicht bei einem Zahnarzt (in Deutschland, in Österreich, in der Schweiz oder in den Niederlanden) in Behandlung war, ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich. Bei Antragstellern, die 6 Monate und länger nicht versichert waren, erfolgt eine Einzelprüfung, ob die Person versichert werden kann. Hinweis: Eine Vorversicherung in der Schweiz, in Österreich und den Niederlanden ist gleichzusetzen mit einer GKV-Versicherung in Deutschland d.h. es ist kein ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich. Die Wartezeiten können aufgrund der Vorversicherungsbescheinigung aus der Schweiz/Österreich/Niederlande erlassen werden. K/S Wenn Antragsteller 3 Monate und länger nicht versichert sind, ist ein ärztlicher Untersuchungsbericht einschließlich aktueller Laborwerte (Blutzucker, HDL, LDL, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, GPT, Y-GT, GOT und HIV-Test (Einzelfallentscheidung)) erforderlich. Zusätzlich ist, wenn der Antragsteller seit zwei Jahren nicht bei einem Zahnarzt (in</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
				<p>Deutschland, in Österreich, in der Schweiz oder in den Niederlanden) in Behandlung war, ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich. Bei Antragstellern, die 6 Monate und länger nicht versichert waren, erfolgt eine Einzelprüfung, ob die Person versichert werden kann.</p> <p>Hinweis: Eine Vorversicherung in der Schweiz, in Österreich und den Niederlanden ist gleichzusetzen mit einer GKV-Versicherung in Deutschland d.h. es ist kein ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich. Die Wartezeiten können aufgrund der Vorversicherungsbescheinigung aus der Schweiz/Österreich/Niederlande erlassen werden.</p> <p>K 20</p> <p>Wenn Antragsteller 3 Monate und länger nicht versichert sind, ist ein ärztlicher Untersuchungsbericht einschließlich aktueller Laborwerte (Blutzucker, HDL, LDL, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, GPT, Y-GT, GOT und HIV-Test (Einzelfallentscheidung)) erforderlich. Zusätzlich ist, wenn der Antragsteller seit zwei Jahren nicht bei einem Zahnarzt (in Deutschland, in Österreich, in der Schweiz oder in den Niederlanden) in Behandlung war, ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich. Bei Antragstellern, die 6 Monate und länger nicht versichert waren, erfolgt eine Einzelprüfung, ob die Person versichert werden kann.</p> <p>Hinweis: Eine Vorversicherung in der Schweiz, in Österreich und den Niederlanden ist gleichzusetzen mit einer GKV-Versicherung in Deutschland d.h. es ist kein ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich. Die Wartezeiten können aufgrund der Vorversicherungsbescheinigung aus der Schweiz/Österreich/Niederlande erlassen werden.</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
				<p>Z100/80 Wenn Antragsteller 3 Monate und länger nicht versichert sind, ist ein ärztlicher Untersuchungsbericht einschließlich aktueller Laborwerte (Blutzucker, HDL, LDL, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, GPT, Y-GT, GOT und HIV-Test (Einzelfallentscheidung)) erforderlich. Zusätzlich ist, wenn der Antragsteller seit zwei Jahren nicht bei einem Zahnarzt (in Deutschland, in Österreich, in der Schweiz oder in den Niederlanden) in Behandlung war, ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich. Bei Antragstellern, die 6 Monate und länger nicht versichert waren, erfolgt eine Einzelprüfung, ob die Person versichert werden kann. Hinweis: Eine Vorversicherung in der Schweiz, in Österreich und den Niederlanden ist gleichzusetzen mit einer GKV-Versicherung in Deutschland d.h. es ist kein ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich. Die Wartezeiten können aufgrund der Vorversicherungsbescheinigung aus der Schweiz/Österreich/Niederlande erlassen werden.</p> <p>PVN Wenn Antragsteller 3 Monate und länger nicht versichert sind, ist ein ärztlicher Untersuchungsbericht einschließlich aktueller Laborwerte (Blutzucker, HDL, LDL, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, GPT, Y-GT, GOT und HIV-Test (Einzelfallentscheidung)) erforderlich. Zusätzlich ist, wenn der Antragsteller seit zwei Jahren nicht bei einem Zahnarzt (in Deutschland, in Österreich, in der Schweiz oder in den Niederlanden) in Behandlung war, ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich. Bei Antragstellern, die 6 Monate und länger nicht versichert waren, erfolgt eine Einzelprüfung, ob die Person versichert werden kann.</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
				Hinweis: Eine Vorversicherung in der Schweiz, in Österreich und den Niederlanden ist gleichzusetzen mit einer GKV-Versicherung in Deutschland d.h. es ist kein ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich. Die Wartezeiten können aufgrund der Vorversicherungsbescheinigung aus der Schweiz/Österreich/Niederlande erlassen werden.

Kinder allein versicherbar: Sind Kinder alleine versicherbar?

A+ Kinder alleine	A+ Kinder alleine	A+ Kinder alleine	A+ Kinder alleine	A+ Kinder alleine
<p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Ja, Kinder sind allein versicherbar. Bei Abschluss zwischen dem 8. und 12. Lebensjahr ist ein zahnärztliches Zeugnis erforderlich, aus dem hervorgeht, ob kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist oder sein wird.</p> <p>PVN Ja, Kinder sind allein versicherbar.</p>	<p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Ja, ab dem zweiten Lebensjahr sind Kinder allein versicherbar.</p> <p>PVN Ja, Kinder sind allein versicherbar.</p>	<p>NK.2 Kinder sind grundsätzlich alleine versicherbar.</p> <p>PVN Kinder sind grundsätzlich alleine versicherbar.</p>	<p>BUSINESS Nein, Kinder sind nicht allein versicherbar.</p> <p>PVN Ja, Kinder sind allein versicherbar.</p>	<p>A80 Kinder sind ab sechs Jahren allein versicherbar, soweit für die Gesundheitsprüfung die entsprechenden Unterlagen eingereicht werden.</p> <p>Information des Versicherers: Bis zur Vollendung des 11. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten, weiterhin sind alle U- Berichte sowie ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen. (Hinweis: Der ärztliche Untersuchungsbericht reicht zur Risikoprüfung nicht aus, d.h. die U-Berichte sind auf jeden Fall erforderlich.) Ab Vollendung des 11. Lebensjahrs bis Vollendung des 18. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten sowie ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen.</p> <p>K/S Kinder sind ab sechs Jahren allein versicherbar, soweit für die Gesundheitsprüfung die entsprechenden Unterlagen eingereicht werden.</p> <p>Information des Versicherers: Bis zur Vollendung des 11. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten, weiterhin sind alle U- Berichte sowie ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen. (Hinweis: Der ärztliche</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
				<p>Untersuchungsbericht reicht zur Risikoprüfung nicht aus, d.h. die U-Berichte sind auf jeden Fall erforderlich.) Ab Vollendung des 11. Lebensjahrs bis Vollendung des 18. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten sowie ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen.</p> <p>K 20 Kinder sind ab sechs Jahren allein versicherbar, soweit für die Gesundheitsprüfung die entsprechenden Unterlagen eingereicht werden.</p> <p>Information des Versicherers: Bis zur Vollendung des 11. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten, weiterhin sind alle U- Berichte sowie ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen. (Hinweis: Der ärztliche Untersuchungsbericht reicht zur Risikoprüfung nicht aus, d.h. die U-Berichte sind auf jeden Fall erforderlich.) Ab Vollendung des 11. Lebensjahrs bis Vollendung des 18. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten sowie ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen.</p> <p>Z100/80 Kinder sind ab sechs Jahren allein versicherbar, soweit für die Gesundheitsprüfung die entsprechenden Unterlagen eingereicht werden.</p> <p>Information des Versicherers: Bis zur Vollendung des 11. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten, weiterhin sind alle U- Berichte sowie ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen. (Hinweis: Der ärztliche Untersuchungsbericht reicht zur Risikoprüfung nicht aus, d.h. die U-Berichte sind auf jeden Fall erforderlich.) Ab Vollendung des 11. Lebensjahrs bis Vollendung des 18. Lebensjahrs sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten sowie</p>

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
				ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht vorzulegen. PVN Ja, Kinder sind allein versicherbar.

Kindernachversicherung: Welche Bedingungen gelten für die Nachversicherung Neugeborener?

<p>Info Kindernachversicherung</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt mindestens ein Elternteil beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines Elternteils sein, ausgenommen davon ist die Selbstbehaltstufe. Der Versicherungsschutz umfasst auch alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien. PVN Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeit unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit erfüllt ist, das Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.</p>	<p>Info Kindernachversicherung</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Beitragszuschläge und ohne Leistungsausschlüsse unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist oder die Antragsannahme mindestens 3 Monate zurückliegt und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Mitversichert sind Geburtsschäden und angeborene Krankheiten. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein, ausgenommen hiervon sind leistungsstärkere Unisex-Tarife mit der Bezeichnung "AktiMed Best". PVN Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeit unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit erfüllt ist, das Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.</p>	<p>Info Kindernachversicherung</p> <p>NK.2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. PVN Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeit unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit erfüllt ist, das Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.</p>	<p>Info Kindernachversicherung</p> <p>BUSINESS Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines Elternteils sein. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborene Krankheiten und Erbkrankheiten. Es entstehen auch dann keine Wartezeiten, soweit für das Kind im Rahmen der vorstehenden Bedingungen eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird. PVN Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeit unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit erfüllt ist, das Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.</p>	<p>Info Kindernachversicherung</p> <p>A80 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Geburtstag erfolgt. Dabei darf der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Versicherungsschutz besteht auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen. K/S Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Geburtstag erfolgt. Dabei darf der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Versicherungsschutz besteht auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen. K 20 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens</p>
---	--	--	--	--

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
				<p>drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Geburtstag erfolgt. Dabei darf der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Versicherungsschutz besteht auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen.</p> <p>Z100/80 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Geburtstag erfolgt. Dabei darf der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Versicherungsschutz besteht auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen.</p> <p>PVN Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeit unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit erfüllt ist, das Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.</p>

Kindesadoption: Welche Besonderheiten gelten bei einer Kindesadoption (z.B. Beginn der Nachversicherungsfrist)?

<p>Info Kindesadoption</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.</p>	<p>Info Kindesadoption</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko</p>	<p>Info Kindesadoption</p> <p>NK.2 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko</p>	<p>Info Kindesadoption</p> <p>BUSINESS Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko</p>	<p>Info Kindesadoption</p> <p>A80 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko</p>
---	--	--	--	---

Pkvberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 56582516

IHK-Nr.: D-G100-15U90-51

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>PVN Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.</p>	<p>ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Bei alten Tarifen besteht bei Erfüllung dieser Voraussetzungen zudem Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.</p> <p>PVN Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Bei alten Tarifen besteht bei Erfüllung dieser Voraussetzungen zudem Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.</p>	<p>ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Der Versicherer verzichtete allerdings freiwillig auf einen Risikozuschlag in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Mitversicherung des Adoptivkindes innerhalb der ersten zwei Monate nach dessen Geburt erfolgt und die weiteren Voraussetzungen wie bei der Mitversicherung ab Geburt erfüllt sind.</p> <p>PVN Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Der Versicherer verzichtete allerdings freiwillig auf einen Risikozuschlag in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Mitversicherung des Adoptivkindes innerhalb der ersten zwei Monate nach dessen Geburt erfolgt und die weiteren Voraussetzungen wie bei der Mitversicherung ab Geburt erfüllt sind.</p>	<p>ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.</p> <p>PVN Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.</p>	<p>ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.</p> <p>K/S Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.</p> <p>K 20 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.</p> <p>Z100/80 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.</p> <p>PVN Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.</p>
Hausfrauen allein versicherbar				
Aufnahme älterer Antragsteller: Ab welchem Eintrittsalter werden Anträge nur noch mit besonderen Bedingungen angenommen?				
Info ältere Antragsteller	Info ältere Antragsteller	Info ältere Antragsteller	Info ältere Antragsteller	Info ältere Antragsteller
EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Für Personen ab dem Eintrittsalter 51 Jahre ist bei allen Neuansträgen (also auch	AktiMed Best 90 (AMB90U) Eine Aufnahme in diesen Tarif erfolgt bis zum vollendeten 65. Lebensjahr.	NK.2 Eine ärztliche Untersuchung ist in der Vollversicherung erforderlich:	BUSINESS Es besteht kein Aufnahmehöchstalter. PVN	A80 Ist die zu versichernde Person älter als 55 Jahre, sind ein ärztliches Zeugnis mit

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
<p>bei nahtlosen Übertritten) in der Krankheitskostenversicherung ein ärztlicher Untersuchungsbericht mit vorzulegen.</p> <p>PVN Für Personen ab dem Eintrittsalter 51 Jahre ist bei allen Neuanträgen (also auch bei nahtlosen Übertritten) in der Krankheitskostenversicherung ein ärztlicher Untersuchungsbericht mit vorzulegen.</p>	<p>PVN Keine Aussage des Versicherers.</p>	<p>- ab einem Eintrittsalter von 60 Jahren (mit aktuellen Laborwerten) - soweit nicht mindestens drei Monate vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung mindestens zwölf Monate eine inländische Krankenversicherung bestand bzw. zurzeit besteht. (Ausnahme: Eine Vorversicherung in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einer inländischen Krankenversicherung gleichgestellt.) - soweit nicht mindestens 36 Monate vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung der ständige Wohnsitz ununterbrochen in Deutschland war. (Ausnahme: Ein Wohnsitz in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einem Wohnsitz in Deutschland gleichgestellt.) - für Wartezeiterlass.</p> <p>Eine ärztliche Untersuchung ist in der Zusatzversicherung erforderlich: - soweit nicht unmittelbar vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung mindestens zwölf Monate eine inländische Krankenversicherung bestand bzw. zurzeit besteht. (Ausnahme: Eine Vorversicherung in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einer inländischen Krankenversicherung gleichgestellt.) - soweit nicht mindestens 36 Monate vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung der ständige Wohnsitz ununterbrochen in Deutschland war. (Ausnahme: Ein Wohnsitz in Belgien, Dänemark, Finnland,</p>	<p>Es besteht kein Aufnahmehöchstalter.</p>	<p>bestimmten Laborwerten bei Frauen: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GPT, TSH-basal, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin); bei Männern: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GP, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin), PSA-Analyse sowie ein Zahnstatus erforderlich.</p> <p>K/S Ist die zu versichernde Person älter als 55 Jahre, sind ein ärztliches Zeugnis mit bestimmten Laborwerten bei Frauen: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GPT, TSH-basal, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin); bei Männern: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GP, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin), PSA-Analyse sowie ein Zahnstatus erforderlich.</p> <p>K 20 Ist die zu versichernde Person älter als 55 Jahre, sind ein ärztliches Zeugnis mit bestimmten Laborwerten bei Frauen: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GPT, TSH-basal, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin); bei Männern: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GP, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut,</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
		<p>Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einem Wohnsitz in Deutschland gleichgestellt.) - für Wartezeiterlass (nur in bestimmten Tarifen).</p> <p>PVN Eine ärztliche Untersuchung ist in der Vollversicherung erforderlich: - ab einem Eintrittsalter von 60 Jahren (mit aktuellen Laborwerten) - soweit nicht mindestens drei Monate vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung mindestens zwölf Monate eine inländische Krankenversicherung bestand bzw. zurzeit besteht. (Ausnahme: Eine Vorversicherung in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einer inländischen Krankenversicherung gleichgestellt.) - soweit nicht mindestens 36 Monate vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung der ständige Wohnsitz ununterbrochen in Deutschland war. (Ausnahme: Ein Wohnsitz in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einem Wohnsitz in Deutschland gleichgestellt.) - für Wartezeiterlass.</p> <p>Eine ärztliche Untersuchung ist in der Zusatzversicherung erforderlich: - soweit nicht unmittelbar vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung mindestens zwölf Monate eine inländische Krankenversicherung bestand bzw. zurzeit besteht. (Ausnahme: Eine Vorversicherung in Belgien, Dänemark,</p>		<p>Hämoglobin), PSA-Analyse sowie ein Zahnstatus erforderlich. Z100/80 Ist die zu versichernde Person älter als 55 Jahre, sind ein ärztliches Zeugnis mit bestimmten Laborwerten bei Frauen: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GPT, TSH-basal, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin); bei Männern: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GP, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin), PSA-Analyse sowie ein Zahnstatus erforderlich. PVN Ist die zu versichernde Person älter als 55 Jahre, sind ein ärztliches Zeugnis mit bestimmten Laborwerten bei Frauen: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GPT, TSH-basal, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin); bei Männern: kleines Blutbild, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gamma-GT, GP, 9-fach Urinstreifentest (Leuko, Nitrit, pH, Eiweiß, Glucose, Keton, Ubg., Bilirubin, Blut, Hämoglobin), PSA-Analyse sowie ein Zahnstatus erforderlich.</p>

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
		<p>Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einer inländischen Krankenversicherung gleichgestellt.) - soweit nicht mindestens 36 Monate vor Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung der ständige Wohnsitz ununterbrochen in Deutschland war. (Ausnahme: Ein Wohnsitz in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einem Wohnsitz in Deutschland gleichgestellt.) - für Wartezeiterlass (nur in bestimmten Tarifen).</p>		

Kriegsklausel: In welchem Umfang verzichtet der Versicherer auf den Leistungsausschluss für Krankheiten, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden?

<p>A+ Kriegsklausel</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) Der Versicherer verzichtet insoweit auf die Kriegsklausel, dass für Krankheiten und deren Folgen, für Folgen von Unfällen und für Todesfälle geleistet wird, soweit diese durch keine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind.</p> <p>Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, besteht Versicherungsschutz.</p> <p>PVN Nein, auf die Kriegsklausel wird nicht verzichtet.</p>	<p>A+ Kriegsklausel</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) Der Versicherer verzichtet nicht auf die Kriegsklausel, nur insoweit, wenn die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht wird (z.B. weil das deutsche Auswärtige Amt bis dahin keine Reisewarnung veröffentlicht hat) und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.</p> <p>Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen.</p> <p>PVN Es besteht keine Kriegsklausel.</p>	<p>A+ Kriegsklausel</p> <p>NK.2 Der Versicherer verzichtet auf die Kriegsklausel, soweit für das Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B. vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter erheblicher Gefährdung der eigenen Person möglich ist.</p> <p>Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen dabei nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne der Kriegsklausel.</p> <p>PVN Es besteht keine Kriegsklausel.</p>	<p>B+ Kriegsklausel</p> <p>BUSINESS Der Versicherer verzichtet nicht auf die Kriegsklausel, soweit das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist.</p> <p>Terroristische Anschläge und deren Folgen sind keine Kriegsereignisse im Sinne der Kriegsklausel.</p> <p>PVN Der Versicherer verzichtet nicht auf die Kriegsklausel.</p>	<p>A- Kriegsklausel</p> <p>A80 Der Versicherer verzichtet nicht auf die Kriegsklausel. Versicherungsschutz besteht jedoch für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden, soweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Krankheit oder Unfallfolge im Aufenthaltsland keine Kriegsereignisse mehr stattfinden und für das entsprechende Land keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Weiterhin zählen terroristische Anschläge und deren Folgen nicht als Kriegsereignisse der Kriegsklausel.</p> <p>K/S Der Versicherer verzichtet nicht auf die Kriegsklausel. Versicherungsschutz besteht jedoch für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden, soweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Krankheit oder Unfallfolge im</p>
---	--	--	--	--

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
				<p>Aufenthaltsland keine Kriegereignisse mehr stattfinden und für das entsprechende Land keine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht. Weiterhin zählen terroristische Anschläge und deren Folgen nicht als Kriegereignisse der Kriegsklausel.</p> <p>K 20 Der Versicherer verzichtet nicht auf die Kriegsklausel. Versicherungsschutz besteht jedoch für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegereignisse verursacht werden, soweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Krankheit oder Unfallfolge im Aufenthaltsland keine Kriegereignisse mehr stattfinden und für das entsprechende Land keine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht. Weiterhin zählen terroristische Anschläge und deren Folgen nicht als Kriegereignisse der Kriegsklausel.</p> <p>Z100/80 Der Versicherer verzichtet nicht auf die Kriegsklausel. Versicherungsschutz besteht jedoch für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegereignisse verursacht werden, soweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Krankheit oder Unfallfolge im Aufenthaltsland keine Kriegereignisse mehr stattfinden und für das entsprechende Land keine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht. Weiterhin zählen terroristische Anschläge und deren Folgen nicht als Kriegereignisse der Kriegsklausel.</p> <p>PVN Der Versicherer verzichtet nicht auf den Leistungsausschluss hinsichtlich der Folgen von Kriegereignissen. Jedoch Einzelfallprüfung möglich.</p>
Clinic Card				
✓	✓	✓	✓	✓

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

Überführungskosten: Erstattet der Versicherer die Kosten im Todesfall für a) Überführung aus dem Ausland? b) Bestattung im Ausland? c) Bestattung im Inland?

<p>C - Überführungskosten</p> <p>EXP1+ (Barmenia einsA expert+1) a) Ja, für Überführung der verstorbenen Person an ihren Wohnsitz werden zu 100% die Kosten bis zu einem Höchstbetrag erstattet, der den fünffachen Kosten eines 1.- Klasse- Flugs im Linienverkehr für eine Person entspricht. b) Ja, für Bestattung der verstorbenen Person im Ausland werden zu 100% die Kosten bis zu einem Höchstbetrag erstattet, der den fünffachen Kosten eines 1.- Klasse- Flugs im Linienverkehr für eine Person entspricht. c) Nein. PVN a) Nur über Tarif RK. b) Nur über Tarif RS. c) Nein.</p>	<p>0 Überführungskosten</p> <p>AktiMed Best 90 (AMB90U) a) Ja, für eine Überführung an den vor Beginn der Reise vorhandenen ständigen Wohnsitz aus dem Ausland werden 90% der Kosten bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr erstattet, darüber hinaus zu 100%. b) Ja, für eine Bestattung im Ausland werden 90% der Kosten bis zur tariflichen Gesamtselbstbeteiligung in Höhe von 500€ im Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100% bis zum Betrag einer Überführung an den ständigen Wohnsitz erstattet. c) Nein. PVN a) Nein, nur bei Einschluss von Tarif R 40. b) Nein, nur bei Einschluss von Tarif R 40.</p>	<p>C - Überführungskosten</p> <p>NK.2 a) Ja, für Überführung in die Bundesrepublik Deutschland, soweit die versicherte Person hier ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, aus dem europäischen Ausland werden bis zu 5250€ gezahlt, aus dem außereuropäischen Ausland bis zu 10500€. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz gilt vorstehendes entsprechend bei Überführung in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde. b) Ja, für die Bestattung bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland werden bis zu 5250€ gezahlt, im außereuropäischen Ausland bis zu 10500€, soweit die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hatte. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz gilt vorstehendes entsprechend bei Überführung in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde. c) Nein. PVN a) Nein.</p>	<p>C - Überführungskosten</p> <p>BUSINESS a) 100% der notwendigerweise entstandenen Kosten werden für die Überführung aus dem Ausland an den Wohnsitz im Inland bei einem Todesfall durch Krankheit oder Unfall erstattet. b) Nein. c) Nein. PVN a) Nein. b) Nein. c) Nein.</p>	<p>0 keine Überführungskosten</p> <p>A80 a) Nein. b) Nein. c) Nein. K/S ---a)+b) Nur über Reisekrankenversicherung ARK- E: Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstattet der Versicherer die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10000€. c) Nein. K 20 ---a)+b) Nur über Reisekrankenversicherung ARK- E: Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstattet der Versicherer die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10000€. c) Nein. Z100/80 a) Nein. b) Nein. c) Nein. PVN ---a)+b) Nur über Reisekrankenversicherung ARK- E: Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstattet der Versicherer die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu</p>
--	---	---	---	--

Nicht gewählte Tarifleistungen als Zusatzinformation



Max Muster, weiblich, geb. 01.01.1980, Vers.-Beginn: 01.12.2015, Angestellte / kaufmännischer Angestellter, Hamburg

Barmenia EXP1+ (Barmenia einsA expert+1), PVN	Allianz AktiMed Best 90 (AMB90U), PVN	Hallesche NK.2, PVN	Continental BUSINESS, PVN	Alte Oldenburger A80, K/S, K 20, Z100/80, PVN
		b) Nein. c) Nein.		10000€. c) Nein.