

Leistungsübersicht

VP1: (m), geb. 17.02.1996 (30 J.), n.b., Voll, Beg. 01.07.2026



Münchener Verein

Bereich	Tarif	BAP	Beitrag
Ambulant	Premium SB 0 895	Jul '26	
SB			0 EUR

Umfang und Leistung des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Bestimmungen des gewählten Tarifs, dem Versicherungsschein sowie späteren schriftlichen Vereinbarungen. Grundlage dieses Vorschlages sind die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Alle Angaben ohne Gewähr. Trotz großer Sorgfalt bei der Pflege der Datenbestände kann für die Richtigkeit und Aktualität der Beiträge, Tarifmerkmale, Leistungsaussagen und hinterlegten Druckstücke keine Haftung übernommen werden!

Dieser Angebotsdruck wurde über den Tarifnavigator erzeugt, welcher eine freie Tarifzusammenstellung erlaubt. Die Prüfung auf tatsächliche Kombinierbarkeit obliegt dem Berater!

Leistungen Ambulant

Ambulante Behandlungen

Freie Arztwahl / Kein Primärarztprinzip!
Ambulante ärztliche Behandlung wird erstattet.
Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.
Erstattet werden 100% für telemedizinische Leistungen.
Telemedizinische Leistungen sind telefonische oder videogestützte Gespräche mit Ärzten.

Vorsorge

Erstattet werden
- ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersgrenzen
- weitere Vorsorgeuntersuchungen
- max. 250,-EUR pro Versicherungsjahr für Präventionskurse.
Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung und Präventionskurse bis 750,-EUR pro Kalenderjahr beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden Arzneimittel und Verbandmittel.
Dazu zählen auch Nähr- und Stärkungsmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden notwendig sind und Mittel zur künstlichen Ernährung.

Erstattet werden verschreibungspflichtige Verhütungsmittel bis zum vollendeten 24.Lebensjahr.

Heilmittel

Erstattet werden max. 120% der Höchstbeträge der Bundesbeihilfeverordnung für Heilmittel.
Heilmittel sind:
Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Ernährungstherapie.
Erstattet werden auch
- Osteopathie (durch Ärzte oder Heilpraktiker)
- Geburtsvorbereitungskurs, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik
- Rehabilitationssport und Funktionstraining in Gruppen.

Hilfsmittel

Offener Hilfsmittelkatalog.
Erstattet werden 100% für Hilfsmittel, wenn
- ein Hilfsmittel max. 1.000,-EUR kostet oder
- ein Hilfsmittel über den Versicherer bezogen wird oder
- ein Hilfsmittel vom Versicherer nicht beschafft werden konnte oder
- das Hilfsmittel nach einem Notfall bezogen wird oder
- ein mehrfach benötigtes Hilfsmittel nach Mitteilung des Versicherers von ihm beschafft wird.
Sonst werden 80% erstattet.
Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern (z.B. Bandagen, Einlagen, Prothesen).
Erstattet werden auch Dialysegeräte und Blindenhunde.
Erstattet werden nach Verordnung 100% für als Medizinprodukt zugelassene digitale Gesundheitsanwendungen nach gesetzlichem Verzeichnis (neue Verordnung nach 12 Monaten erforderlich).

Leistungsübersicht

Münchener Verein Premium SB 0 895

Sehhilfen

Erstattet werden max.
- 600,-EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) innerhalb von 2 Versicherungsjahren
- 5.000,-EUR für operative Sehschärfenkorrekturen (auch Laser/Lasik) innerhalb von 60 Monaten.

Heilpraktiker

Erstattet werden 100%, max. 2.000,-EUR pro Versicherungsjahr für Behandlung durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arzneimittel, Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel. Bis zu den Höchstbeträgen des Gebüh.

Naturheilverfahren

100% für in der Praxis bewährte Methoden, kein Hufeland.

Psychotherapie ambulant

100% ohne Begrenzung der Sitzungszahl. Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich. Gesundheitsfragen 5 J.

Gebührenordnung ambulant

Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Ambulante Transportkosten

Transporte zur und von der ambulanten Notfallbehandlung bis 100km, mindestens zum nächsten geeigneten Krankenhaus oder Behandlungsort.
Fahrten zur und von der ambulanten Behandlung bis 50km, mindestens zum nächsten geeigneten Behandlungsort bei:
- Dialyse oder Apherese
- Strahlentherapie oder Chemotherapie
- ambulanter Behandlung, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnlich gehbehindert), BI (blind) bzw. H (hilflos) oder Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 vorliegt
- Geh- oder Sehfähigkeit oder Fahruntauglichkeit.
Fahrten im privaten Fahrzeug werden zu 0,30EUR pro km erstattet.
Bei mehrfach notwendigen Transporten oder Fahrten ist der Versicherer zur Organisation berechtigt. Ab 14 Tagen nach Kenntniserhebung werden max. die Kosten erstattet, die bei Organisation durch den Versicherer entstanden wären.

Schutzimpfungen

Erstattet werden
- Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission
- Malaria prophylaxe.
Nicht erstattet werden Impfungen, zu deren Übernahme der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege:
- Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte
- Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (max. 28 Tage pro Versicherungsfall).
Erstattet werden die Aufwendungen in der Höhe, wie sie nach einer Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband oder der GKV abgerechnet werden können. Für hauswirtschaftliche Versorgung max. 15,-EUR pro Stunde, max. 120,-EUR pro Tag.
Für Haushaltshilfe wird unter bestimmten Voraussetzungen max. 15,-EUR pro Stunde, max. 120,-EUR pro Tag für max. 28 Tage pro Versicherungsjahr gezahlt, bei schweren Krankheiten für max. 182 Tage pro Versicherungsjahr, bei Schwangerschaft und Entbindung auch länger.
Für Kinderbetreuung wird unter bestimmten Voraussetzungen 100,-EUR pro Tag für max. 10 Tage pro Kalenderjahr gezahlt.

Kinderwunschbehandlung

Erstattet werden 100% für Kinderwunschbehandlung.
Voraussetzungen:
- bei der versicherten Person liegt eine organisch bedingte Sterilität vor
- die Frau hat das 40.Lebensjahr noch nicht vollendet
- der Mann hat das 50.Lebensjahr noch nicht vollendet
- die Behandlung hat eine hinreichende Erfolgsaussicht.
Die Erstattung ist begrenzt auf max.:
- 4 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation (im Spontanzyklus ohne Begrenzung der Anzahl der Versuche) oder
- 4 Versuche In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
- 4 Versuche intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) inkl. erforderlicher IVF
und max. 2.000,-EUR in den ersten 36 Monaten.
Die Anzahl erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft erfolglos verlaufen ist.
Kein erneuter Anspruch nach einer erfolgreichen Geburt.

Hospizleistung ambulant

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bei nicht heilbarer, fortschreitender und weit fortgeschrittener Krankheit bei zugleich begrenzter Lebenserwartung.
Erstattet werden die Kosten, die nach Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband abgerechnet werden können oder in der GKV aufzuwenden wären.

