

Tarif GesundheitCOMFORT 300 / 900 / 1200 Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.04.2012, SAP-Nr 330804, 04.2012

Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) ärztliche Behandlungen,
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
- c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
- d) Hebammen und Entbindungspfleger,
- e) ambulante häusliche Behandlungspflege,
- f) ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V,
- g) künstliche Befruchtung.

Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherte diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat.

Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht kein Erstattungsanspruch.

Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor,
- nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherten Kontakt aufgenommen,
- es wurde noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt,
- die Frau hat das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet,
- es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %) und
- die Behandlung erfolgt nach deutschem Recht.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens

- 3 Inseminationen und
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI).

Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht in diesem Tarif versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegenüber einem anderen Leistungsträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle), sind nur die Kosten erstattungsfähig, die vom Anspruch gegenüber dem anderen Leistungsträger nicht umfasst werden.

- h) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,
- i) refraktive Chirurgen (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) inklusive Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 1.000 EUR je Auge. Während der gesamten Vertragslaufzeit besteht für jedes Auge ein einmaliger Anspruch,
- j) Verbandmittel.

1.2 Erstattungsfähig sind die Kosten für Arzneimittel sowie Sondenernährung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe:

- zu **100 %** für Generika und für Originalpräparate, für die es keine Generika gibt,

- zu **80 %**, wenn die versicherte Person Originalpräparate in Anspruch nimmt, obwohl für diese Generika vorhanden sind.

Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen zugelassenen Medikaments.

(Vom Heilpraktiker verordnete Arzneimittel werden nach Ziffer I.1.3 d) erstattet.)

1.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

a) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ / GOP 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871) bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr.

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen.

b) Fahrten zur Dialysebehandlung, Chemotherapie oder Strahlentherapie; erstattet werden nachgewiesene Fahrtkosten in angemessener Höhe, jedoch maximal bis zu einem Rechnungsbetrag von 30 EUR für Hin- und Rückfahrt insgesamt;

c) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und medizinische Fußpfleger (gemäß PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**;

d) Behandlungen durch einen Heilpraktiker inklusive der vom Heilpraktiker verordneten Arzneimittel.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen bis zu insgesamt 400 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren;
- jeweils eine Hörhilfe einschließlich Otoplastik je Ohr innerhalb von 5 Kalenderjahren. Hierbei sind je Hörhilfe einschließlich Otoplastik maximal 1.500 EUR erstattungsfähig.
- Prothesen, Epithesen und Kunstaugen.

2.2 Hilfsmittel, die über das Hilfsmittel-Management bezogen werden können:

- Absauggeräte,
- Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore,
- Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung,
- Inhalationsgeräte,
- Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen,
- Krankenfahrstühle,
- Gehwagen und Rollatoren,
- Stehhilfen (= Stehständer, Bauchschrägliegebrett),
- Orthesen,
- Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma,
- Sprechhilfen,
- Miete einer Heimmiete einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten.

Die Kosten für diese Hilfsmittel sind erstattungsfähig

- zu **100 %**, sofern das Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen wird bzw. sofern das Hilfsmittel-Management des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt wird, das Hilfsmittel jedoch nicht beschaffen kann;

- zu **80 %**, sofern das Hilfsmittel-Management des Versicherers nicht in Anspruch genommen wird.

Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).

2.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

- Bandagen,
- Blutzucker-, Blutdruck- und Blutgerinnungsmessgeräte,
- Kompressionsstrümpfe und Kompressionsstrumpfhosen,
- Gehhilfen (= Krücken, Gehstock, Gehgestell),
- Schuheinlagen,
- ein Paar serienmäßig nicht herstellbare orthopädische Maßschuhe oder orthopädische Schuhzurichtungen einmal im Kalenderjahr.

2.4 Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuanschaffung des Hilfsmittels.

Nicht erstattungsfähig sind jedoch die Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien).

2.5 Die Kosten für Hilfsmittel, die unter Ziffer I.2.1 bis I.2.3 aufgelistet sind, sind insoweit erstattungsfähig, als diese im vorliegenden Versicherungsfall die medizinisch notwendige und angemessene Versorgung gewährleisten.

Die Liste der Hilfsmittel kann gemäß Ziffer II.4 angepasst werden.

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums-, Rehabilitations- sowie Anschlussheilbehandlungen; zu Anschlussheilbehandlungen siehe jedoch Ziffer I.4) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Sozialgesetzbuch V.

In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie. Kosten dieser Krankenhäuser werden nur soweit erstattet, wie sie die nach diesen Rechtsgrundlagen berechenbaren Entgelte um nicht mehr als 50 % überschreiten. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

- b) Beleg- und Wahlärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger,
- c) Unterkunft im Zweibettzimmer.
Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.
- d) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,
- e) Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus,
- f) ambulante Operationen im Krankenhaus,
- g) psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I.3.1 a), b) und c).
Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen.
- h) eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- i) voll- und teilstationäre Hospizversorgung.
Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.

3.2 Werden gleichzeitig die Unterkunft im zuschlagspflichtigen Zweibettzimmer und die wahlärztlichen Leistungen nach Ziffer I.3.1 b) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR gezahlt. Kein Anspruch auf dieses Krankenhaustagegeld besteht bei Leistungen gemäß Ziffer I.3.1 Buchstaben e) bis i).

4. Anschlussheilbehandlung

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die Leistung für Unterbringung, Verpflegung, Pflege, Therapie und allgemeine ärztliche Leistungen. Hierfür sind die Sätze der preiswertesten Zimmerkategorie des Krankenhauses erstattungsfähig.

b) belegärztliche Leistungen,

wenn der Versicherer hierfür eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger für eine Anschlussheilbehandlung in Anspruch genommen werden kann.

5. Zahnbehandlung

5.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) diagnostische und anästhetische Leistungen,
- b) chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau),
- c) prophylaktische Leistungen (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung),
- d) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- e) konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays). Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen
- f) Heil- und Kostenpläne,
- g) Material- und Laborkosten, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage).

5.2 Nicht erstattungsfähig sind folgende Leistungen:

- a) diagnostische, anästhetische und chirurgische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen,
- b) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- c) Zahnersatz.

Diese Leistungen können über die Tarife Zahn 1 bis 3 versichert werden.

5.3 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Gussfüllungen (Inlays) vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

6. Kieferorthopädie

6.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn und Versicherungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres,
- b) unfallbedingte kieferorthopädische Leistungen unabhängig vom Alter der versicherten Person, sofern der Unfall nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen

- c) Heil- und Kostenpläne,
- d) Material- und Laborkosten, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage).

6.2 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Kieferorthopädie vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

7. Selbstbehalt

Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt

300 EUR im Tarif GesundheitCOMFORT 300

900 EUR im Tarif GesundheitCOMFORT 900

1.200 EUR im Tarif GesundheitCOMFORT 1200

abgezogen.

Die Kosten werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zugrunde gelegt.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, die im Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Erstattungsgrundsätze

Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen der GebüH, Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

In medizinisch begründeten Fällen sind Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen bis zum 5,0-fachen Satz erstattungsfähig. In diesen Fällen hat der Versicherte dem Versicherer eine den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vorzulegen.

2. Auslandsgeltung

2.1 Abweichend von § 1 Teil II Absatz 4 Satz 3 und 4 AVB/VT gilt folgende erweiterte Regelung:

Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate. Liegt zu diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person noch Transportunfähigkeit vor, verlängert sich der Versicherungsschutz, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

2.2 Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht in Ergänzung zu § 1 Teil II Absatz 4 Satz 3 und 4 AVB/VT das Recht auf Fortführung des Versicherungsschutzes. Die Fortführung des Versicherungsschutzes kann von der Vereinbarung eines Beitragszuschlags abhängig gemacht werden. Der vorübergehende Auslandsaufenthalt ist dem Versicherer rechtzeitig, mindestens aber vier Wochen vor Beginn der Auslandsreise unter Nennung des Aufenthaltslandes schriftlich anzuzeigen.

Der Versicherungsschutz kann durch gesonderte Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.

Die Regelungen gemäß § 15 Teil I Absatz 3 AVB/VT zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in § 1 Teil I Absatz 5 AVB/VT genannt bleiben hiervon unberührt.

3. Nachversicherung Neugeborener

Abweichend von § 2 Teil I Absatz 2 Satz 2 AVB/VT kann für Neugeborene ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse eine andere Selbstbehaltstufe gewählt werden als die des versicherten Elternteils.

4. Änderungsklausel

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 AVB/VT berechtigt, das Heilmittelverzeichnis, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten, das Hilfsmittelverzeichnis (siehe Ziffern I.2.1 bis 2.4) sowie das Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Inanspruchnahme von Leistungen des Verzeichnisses der begünstigten Vorsorgeleistungen

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, die im Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

Werden für ein Kalenderjahr nur in oben genanntem Verzeichnis aufgeführte Leistungen erstattet, gilt die Voraussetzung des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) Satz 1 AVB/VT zum Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für dieses Kalenderjahr als erfüllt.

6. Versicherungsfähigkeit

6.1 Versicherungsfähig sind berufstätige Personen, soweit sie keinen Beruf ausüben, der im Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe zu diesem Tarif aufgeführt ist.

6.2 Versicherungsfähig sind auch nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner und Kinder von Personen, für die bei dem Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

6.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wechsel, die Aufnahme oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

6.4 Bei endgültiger Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Aktualisierungen des Verzeichnisses bleibt die Versicherungsfähigkeit für in diesem Tarif bereits versicherte Personen bestehen.

7. Tarifkombinationen

Neben dem Tarif GesundheitCOMFORT können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung des Tarifs angeboten werden.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PodG	Podologengesetz

Besondere Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung zum Tarif GesundheitCOMFORT

Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GesundheitCOMFORT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- a) Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben,
- b) nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner der nach a) versicherten Personen,
- c) nach Beendigung der Ausbildung vorübergehend arbeitslose Personen, die beim Versicherer bereits bisher nach Besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung versichert waren.

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich mitzuteilen.

2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen für:

Personen nach Buchstabe a):

- mit Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung,
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe b):

- mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit,
- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe c):

- mit Beendigung der Arbeitslosigkeit,
- nach maximal zwölf Monaten,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Entfallen der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GesundheitCOMFORT weitergeführt. Der Beitrag in diesen Tarifen richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25 - 29 bzw. 30 - 34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs GesundheitCOMFORT

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EURO
Elektrotherapie/Bestrahlungen	
Reizstrom, Iontopherese	8,00
Stangerbad	25,00
Zwei-/Vierzellenbad	15,00
Ultraschallbehandlung	8,00
Balneo-Phototherapie / Bade-PUVA - je Sitzung (nur bei Sklerodermie, Psoriasis oder Neurodermitis)	35,00
UV-Licht-Behandlungen - je Sitzung	8,00
Ergotherapie	
Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung	35,00
Einzelbehandlung bei motorischen Störungen (mindestens 30 Minuten)	35,00
Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (mindestens 45 Minuten)	45,00
Einzelbehandlung bei psychischen Störungen (mindestens 60 Minuten)	60,00
Einzelbehandlung bei Hirnleistungstraining (mindestens 30 Minuten)	35,00
Gruppenbehandlung (mindestens 45 Minuten)	15,00
Gruppenbehandlung bei psychischen Störungen (mindestens 90 Minuten)	35,00
Hausbesuch inklusive Wegegeld (ärztlich verordnet)	12,00
Inhalationstherapie	
- einzeln (auch mit Ultraschallvernebler)	8,00
- in der Gruppe	4,00
Kältetherapie	
Eisanwendungen (z. B. Eisabreibungen, Eisbeutel)	12,00
Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer)	12,00
Krankengymnastik	
- einzeln, Muskelaufbautraining	25,00
- in der Gruppe	8,00
- am Gerät (mindestens 60 Minuten, maximal 3 Personen)	35,00
- auf neurophysiologischer Grundlage (nur bei Lähmungen oder motorischen Ausfallerscheinungen)	35,00
- im Bewegungsbad (einzeln)	25,00
- im Bewegungsbad (in der Gruppe)	12,00
- nach Bobath	35,00
- nach Voijta	35,00
- Atemphysiotherapie (einzeln, mindestens 45 Minuten)	45,00
- Atemphysiotherapie (in der Gruppe)	12,00
Bewegungsübungen	8,00
Extensionsbehandlung	8,00
Hippotherapie (nur bei Lähmungen oder motorischen Ausfallerscheinungen)	35,00
Manuelle Therapie/Chirotherapie	25,00
Osteopathie/Cranio-Sacral-Therapie - je Sitzung	35,00
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Tagessatz	85,00
Logopädie	
Erstgespräch (nur wenn mit Behandlungsplanung und Besprechung)	35,00
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen (einmal je Behandlungsfall)	60,00
Ausführlicher Bericht	12,00
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen (mindestens 30 Minuten)	35,00
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen (mindestens 45 Minuten)	45,00
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen (mindestens 60 Minuten)	60,00
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Kindergruppe (mindestens 30 Minuten)	15,00
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Erwachsenengruppe (mindestens 45 Minuten)	20,00
Massagen	
medizinische Massage	15,00
Lymphdrainage - manuell nach Dr. Vodder	
- Teilbehandlung (mindestens 30 Minuten)	25,00
- Großbehandlung (mindestens 45 Minuten)	35,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EURO
- Ganzbehandlung (mindestens 60 Minuten)	45,00
Kompressionsbehandlungen (manuell oder apparativ) - je Sitzung	10,00
Unterwasserdruckstrahlmassage	25,00
Packungen	
Einmalpackung (ohne Verwendung einer Folie, z. B. Naturmoor, Naturfango)	22,00
wiederverwendbare Packungen (z. B. Fango, Lehm, Quark)	12,00
Podologie	
Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	15,00
Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	10,00
Nagelbearbeitung beider Füße	15,00
Nagelbearbeitung eines Fußes	10,00
Wärmetherapie	
Heiße Rolle	12,00
Infrarotbestrahlung	8,00
Wärmearwendung, Heißluftbehandlung	8,00

Dieses Heilmittelverzeichnis kann gemäß Ziffer II.4 des Tarifs angepasst werden.

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten des Tarifs GesundheitCOMFORT

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Arbeitsvorbereitung, Modellherstellung	
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modells oder Modellteils	19,30
Frässockel	12,70
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/ Lötmodell	12,70
Modell aus Kunststoff	26,20
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Okklusionsmodell	12,70
Modell Hartgips, Superhartgips, Kontrollmodell	7,90
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,70
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I / II / III	20,70
Modellmontage in Mittelwertartikulator I / II	11,30
Montage eines Gegenkiefermodells	11,30
Remontagemodell	12,70
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	7,90
Stumpfabdruck galvanisieren	19,30
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,90
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	26,20
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Teilkronen	39,60
Registrierplatte und -stift inkl. Basen, je Kiefer	32,70
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil/ Formteil für provisorische Versorgung	23,30
Inlays und Onlays	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Provisorisches Inlay/ Onlay	39,60
Galvanoinlay, einflächig	98,80
Galvanoinlay, zweiflächig	113,00
Galvanoinlay, drei- oder mehrflächig	127,10
Galvanoonlay	127,10
Gussinlay aus Metall, einflächig	98,80
Gussinlay/ Onlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	127,10
Gussinlay aus Metall, zweiflächig	113,00
Inlay aus Vollkeramik*, einflächig	184,00
Inlay aus Vollkeramik*, zweiflächig	195,50
Inlay aus Vollkeramik*, dreiflächig- oder mehrflächig	224,30
Onlay aus Vollkeramik*	224,30
Inlay aus Kunststoff, einflächig	71,20
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig	85,40
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig	99,50
Onlay aus Kunststoff	99,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,60
Aktiver Sporn	11,30
Ankerband/ Ankerkappe	26,90
Aufbiss	17,90
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	65,00
Basis für KFO-Gerät, Positioner	136,90
Coffin-Feder	57,30
Doppelplatten-Führungssporn	32,60
Dorn	11,30
Druckfeder, Zugfeder	14,20
Facebow anpassen	14,20
Feder, gekreuzt	11,30
Feder, geschlossen/ kompliziert	14,20
Feder, offen/ Rücklaufsporn	11,30
Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-Stopp	11,30
Grundbogen, Ober- oder Unterkiefer	65,00
Hochlabialbogen	32,60
Innenbogen	29,70
Kinnkappe mit Retentionshaken	65,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Kunststoffschild	22,60
Labialbogen	25,50
Labialbogen, intermaxillär	38,90
Labialbogen, modifiziert	32,60
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,20
Lingualbogen/ Lingualer Frontalbogen/ Palatinalbogen	29,70
Lötung Drahtbruch, KFO	19,90
Lötung je Einheit, KFO	19,90
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	19,90
Pelotte	22,60
Protrusionsbogen	14,20
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Retentionsschiene/ Retainer herausnehmbar	84,00
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	19,90
Schraube einarbeiten, kompliziert	29,70
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	29,70
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	29,70
Spezialschraube zur Metallverbindung	29,70
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	29,70
Spike/ Stopp	11,30
Teilaußenbogen/ Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis, auch erschwert	8,60
U-Bügel	32,60
Verankerungsklammer	20,60
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	14,20
Vorbiss oder Rückbiss	13,50
Vorhofplatte	72,70
Zungengitter	22,60
Wiederherstellung/ Erweiterung	
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	51,60
Sonstiges	
Sonderversand oder Fahrtkosten	8,30
Versand, je Versandgang	8,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zusätzlich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zusätzlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Eine Erstattung nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs GesundheitCOMFORT entfällt, wenn hierfür bereits nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife Zahn 1 bis 3 eine Leistung erbracht wurde.

Dieses Preis- und Leistungsverzeichnis kann gemäß Ziffer II.4 des Tarifs angepasst werden.

* Inlay/ Onlay aus Vollkeramik: Gesamtpreis (inkl. Keramikmaterial, Verblendung) unabhängig von der Herstellungsart/ Verarbeitungsmethode.

Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe des Tarifs GesundheitCOMFORT

Nicht versicherbar sind Berufe nach den Berufsgruppen *

211	Berg-, Tagebau und Sprengtechnik
212	Naturstein- und Mineralaufbereitung und -verarbeitung und Baustoffherstellung
241	Metallerzeugung
321	Hochbau
322	Tiefbau
333	nur soweit Zimmerei
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst

sowie

Personen, die besonders gefährliche oder körperlich anspruchsvolle Berufe ausüben

Personen, die berufsmäßig Sport betreiben

Schmiede

Bar-, Nachtclubbesitzer und -mitarbeiter

Arbeitslose, Erwerbslose, Arbeitssuchende

* Die Zuordnung in die Berufsgruppen erfolgt auf Basis der Klassifikation der Berufe 2010 der Bundesagentur für Arbeit.

Der Versicherer kann dieses Verzeichnis im Rahmen von Beitragsanpassungen überprüfen und ggf. ändern.

Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen des Tarifs GesundheitCOMFORT

Sie haben einen Tarif mit umfassendem Versicherungsschutz auch für Vorsorgeleistungen abgeschlossen. Da wir die Inanspruchnahme dieser Leistungen fördern möchten, sind eine ganze Reihe von Vorsorgemaßnahmen besonders begünstigt:

- Die in diesem Verzeichnis genannten Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- Werden für ein Kalenderjahr nur die hier genannten Leistungen erstattet, gilt die Voraussetzung des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) Satz 1 AVB/VT zum Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für dieses Kalenderjahr als erfüllt.

Dies bedeutet für Sie Folgendes:

Reichen Sie Rechnungen für die unten genannten Leistungen ein, werden wir bei deren Erstattung keinen Selbstbehalt abziehen.

Für den Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gilt zudem: Haben Sie für ein Kalenderjahr nur Rechnungen für die unten genannten Leistungen eingereicht, gilt die in den AVB/VT genannte Voraussetzung, dass für das jeweilige Kalenderjahr keine Leistungen erbracht wurden, als erfüllt. Erfüllen Sie somit alle anderen Voraussetzungen auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, geht der Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung durch Inanspruchnahme einer hier genannten Leistung nicht verloren.

Dies gilt für folgende Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte:

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft:

- 23 Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
- 24 Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder:

- 25 Neugeborenen-Erstuntersuchung
- 26 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr

Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene:

- 27 Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- 28 Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- 29 Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung
- 4851 Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ):

- 0010 Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund-, Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung und Aufzeichnung Parodontalbefund
- 1000 Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
- 1010 Kontrolle Übungserfolg einschließlich weiterer Unterweisung
- 1020 Lokale Fluoridierung mit Lack / Gel zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
- 2000 Nur Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, nicht im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen
- 4050 Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied
- 4055 Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn

4060 Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren

Bitte beachten Sie:

Reichen Sie Rechnungen für weitere Vorsorgeleistungen ein, die nicht in diesem Verzeichnis enthalten sind, so werden diese auf den Selbstbehalt angerechnet; der Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung verfällt dann.

Dieses Verzeichnis kann gemäß Ziffer II.4 des Tarifs angepasst werden.