

Tarif GesundheitCOMFORT 300 / 900 / 1200

Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.07.2018, SAP-Nr. 331932, 07.2018

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

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 Versicherer 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 Versicherer 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 Sondenahrung 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 Heimniete 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 Bundespflegeverordnung 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 Bundespflegeverordnung, 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 Versicherte 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). Diesbezügliche Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage).

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne.

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.

Diesbezügliche Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage).

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne.

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.

6.5 Abweichend von 6.2 kann der Tarif GesundheitCOMFORT zu den Besonderen Bedingungen „A“ auch von Personen in Berufsausbildung vereinbart werden, für deren Elternteil beim Versicherer keine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

7. Tarifkombinationen

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

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
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 (Unisex), 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
Wärmeanwendung, Heißluftbehandlung	8,00

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

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium)

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	14,40
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	14,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	8,60
Modell aus Kunststoff	26,20
Modell aus Superhartgips	12,00
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	13,40
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	13,40
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	24,40
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	12,70
Modellpaar in Gipssockel fixieren	14,70
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	13,70
Okklusionsmodell	15,50
Okklusionsmodell für Sägesegmente	23,60
Remontagemodell	30,40
Set-up je Zahn	13,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	16,40
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	10,40
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	26,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	8,60
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	39,60
Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	26,50
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material)	224,30
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material)	184,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material)	195,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material)	224,30
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material)	71,20
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material)	85,40
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	117,80
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	140,90
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material)	224,30
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material)	272,00
Brückenglied aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material)	69,30
Brückenglied aus Metall massiv	83,10
Brückenglied aus Metall zur Teilverblendung	69,30
Brückenglied aus Metall zur Vollverblendung	78,90
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material)	293,00
Krone aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material)	109,70
Krone aus Metall massiv	110,50
Krone aus Metall zur Teilverblendung	99,20
Krone aus Metall zur Vollverblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	105,80
Teilverblendung aus Komposit	80,10
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material)	209,50
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material)	101,00
Vollverblendung aus Keramik	122,70
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	41,70
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	48,30
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	22,10
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	115,10
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter	26,20
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggesschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	117,80
Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	
Konfektionssteg, Grundeinheit incl. Längeneinheit	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf	21,30
Rillen-Schulter-Geschiebe komplett	310,60
Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	155,30
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell	296,70
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert	213,20
Schubverteilungsarm	74,10
Teifräsung	40,10
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	284,60
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	142,30
Verschraubung/Verbolzung	62,10
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	13,50

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Auflage gegossen/Edelmetall	15,60	Kinnkappe mit Retentionshaken	65,00
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30	Kunststoffschild	33,60
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60	Labialbogen	30,40
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10	Labialbogen, intermaxillär	54,50
Basisteil, gegossen/Edelmetall	86,80	Labialbogen, modifiziert	38,80
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff	36,00	Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	15,60
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	59,70	Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatinalbogen	51,00
Bonyhard-Klammer, gegossen/Edelmetall	18,40	Lötung je Einheit, KFO	19,90
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	16,50	Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	19,90
Einarmige Klammer, gebogen	13,50	Pelotte	28,00
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00	Pelottenklammer	13,50
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00	Positioner	200,50
Grundeinheit Aufstellung	39,60	Protrusionsbogen	27,20
Grundeinheit Fertigstellung	62,80	Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	45,30	Retentionsschiene	84,00
Interdental-Klammer, gebogen	17,50	Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,40
Kappe, gegossen/Edelmetall	54,00	Schraube einarbeiten	25,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70	Schraube einarbeiten, kompliziert	37,40
Metallbasis je Kiefer partiell/total	165,90	Spezialschraube	29,70
Metallkaufläche, Metallzahn/Edelmetall	51,60	Spike/Stop	11,50
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	27,60	Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	51,60	Trennen einer Basis/auch erschwert	13,00
Sonderkunststoff	50,00	U-Bügel	32,60
Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60	Verankerungsklammer	44,60
Überwurfklammer, gebogen, zweiarmig	20,60	Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	18,80
Überwurfklammer, Krallen, Auflage, gebogen, einarmig	13,50	Vorbiss oder Rückbiss	20,40
Umgebungsbügel bei Diastema	29,40	Vorhofplatte	87,60
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50	Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene	40,00
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/Edelmetall	26,20	(insgesamt maximal 2.400 Euro)	
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	33,00	Zungengitter	32,20
Zweiarmige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60		
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	27,60	Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
Zweiarmige-, Ring-, Bonyhard-, Rücklaufklammer, mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60	Adjustierte Aufbisssschiene, Knirscherschiene	173,70
		Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Metallverbindungen		Basis, tiefgezogen	26,20
Konditionierung je Zahn/Flügel	15,10	Erweitern einer Aufbisssschiene, je Einheit	33,80
Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	25,40	Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisssschiene	33,80
Lötung 1:	25,40	Medikamententrägerschiene	84,00
Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen		Miniplast-Schiene, tiefgezogen	84,00
Lötung 2:	25,40	Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	89,70
Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung		Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	65,40
Lötung 3:	33,70	Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung		Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	30,40
Lötung 4:	33,70	Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	84,00
Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen			
Lötung 5:	33,70	Wiederherstellung/Erweiterung	
Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen		Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	17,70
Lötung auf Modell, Grundeinheit	32,30	Basis erneuern, auch KFO	90,90
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	34,60	Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
		Basisteil unterfüttern, auch KFO	54,00
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten		Grundeinheit Erweitern, auch KFO	33,80
Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,60	Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	33,80
Aktiver Sporn	21,50	Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	39,00
Ankerband/Ankerkappe	37,30	Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkronen, Geschiebe	12,00
Aufbiss	19,60	Leistungseinheit, Basisteil	12,00
Auflage-KFO	13,50	Leistungseinheit, Bruch/Sprung	12,00
Außenbogen	48,00	Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	12,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00	Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	12,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	160,70	Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	12,00
Coffin-Feder	57,30	Leistungseinheit, Kontaktpunkt	12,00
Doppelplatten-Führungssporn	44,40	Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	12,00
Dorn	11,30	Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	12,00
Druckfeder, Zugfeder	14,20	Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	12,00
Facebow anpassen	14,20	Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	12,00
Feder kompliziert	21,00	Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	12,00
Feder, gekreuzt	16,00	Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	85,60
Feder, geschlossen	17,10	Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	12,00
Feder, offen/Rücklaufsporn	12,60	Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	12,00
Führungssporn, Hähchen, Interocclusial-Stop	11,30	Retention gebogen	56,40
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	65,00	Retention gegossen/Edelmetall	69,30
Innenbogen	68,00		
KFO-Platte voreinschleifen	10,50	Implantate und Suprakonstruktionen	
		Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	54,90
		Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
		Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
		Funktions-, Individueller Löffel Kunststoff für Implantate	40,30

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Implantatachse und –ort festlegen, je Zahn	29,70
Implantat-Divergenz-Ausgleichkrone gegossen	113,10
Implantat-Kontrollschablone	55,80
Implantatmodell	30,40
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	9,00
Parallelbohrschablone für Implantat	179,40
Röntgenkugel positionieren	6,90
Verlängerungshülse für Implantat	21,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	5,10
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	18,40
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	20,20
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	33,40
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	39,70
Registrat	26,20
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	22,20
Sonstiges	
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	25,30
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	8,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich 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.

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.