Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Teil II
Tarif BeihilfeCOMFORT
Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.01.2024, SAP-Nr.: 338152, 12.2023
Es gelten die AVB/VV – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung.

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages ist:
Teil I: AVB/VV
Teil II: Tarif BeihilfeCOMFORT

2. Personenkreis

2.1 Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall oder Heilfürsorge haben, sowie bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

2.2 In der Tarifstufe BC 20k bzw. BC 20k SB des Tarifs BeihilfeCOMFORT sind Personen mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 % versicherungsfähig, deren Beihilfebemessungssatz sich mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht. Zu diesem Zeitpunkt endet die Tarifstufe BC 20k bzw. BC 20k SB.

2.3 In der Tarifstufe BC 100 bzw. BC 100 SB des Tarifs BeihilfeCOMFORT sind Personen versicherungsfähig, die vorübergehend keinen Beihilfeanspruch haben, soweit bisher bereits eine beihilfekonforme Absicherung beim Versicherer bestand.

3. Tarifstufen

Der Tarif BeihilfeCOMFORT wird in Tarifstufen mit und ohne jährlichen Selbstbehalt angeboten. Die Tarifstufen mit der Bezeichnung SB enthalten einen jährlichen Selbstbehalt, der von den Versicherungsleistungen abgezogen wird (siehe Abschnitt II.F).

Die Versicherung ist entsprechend dem Beihilfeanspruch nach folgenden Tarifstufen zu vereinbaren:

3.1 Tarifstufen mit Selbstbehalt

Tarifstufen des Tarifs Beihilfe COMFORT mit Selbstbehalt	Erstattungsprozentsatz für ambulante Heilbehandlung	Erstattungsprozentsatz für stationäre Heilbehandlung	Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
BC 100 SB	100 %	100 %	100 %
BC 50 SB	50 %	50 %	50 %
BC 30 SB + BC 20k SB	50 %	50 %	50 %
BC 45 SB	45 %	45 %	45 %
BC 40 SB	40 %	40 %	40 %
BC 35 SB	35 %	35 %	35 %
BC 30 SB	30 %	30 %	30 %
BC 25 SB	25 %	25 %	25 %
BC 20 SB	20 %	20 %	20 %
BC 15 SB	15 %	15 %	15 %
BC 10 SB	10 %	10 %	10 %
BC 50/35 SB	50 %	35 %	50 %
BC 45/30 SB	45 %	30 %	45 %
BC 40/25 SB	40 %	25 %	40 %
BC 35/20 SB	35 %	20 %	35 %
BC 30/15 SB	30 %	15 %	30 %
BC 25/15 SB	25 %	15 %	25 %
BC 20/15 SB	20 %	15 %	20 %

Die Tarifstufe BC 20k SB kann nur zusammen mit der Tarifstufe BC 30 SB bestehen.

3.2 Tarifstufen ohne jährlichen Selbstbehalt

Tarifstufen des Tarifs Beihilfe COMFORT ohne jährlichen Selbstbehalt	Erstattungsprozentsatz für ambulante Heilbehandlung	Erstattungsprozentsatz für stationäre Heilbehandlung	Erstattungsprozentsatz für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
BC 100	100 %	100 %	100 %
BC 50	50 %	50 %	50 %
BC 30 + BC 20k	50 %	50 %	50 %
BC 45	45 %	45 %	45 %
BC 40	40 %	40 %	40 %
BC 35	35 %	35 %	35 %
BC 30	30 %	30 %	30 %
BC 25	25 %	25 %	25 %
BC 20	20 %	20 %	20 %
BC 15	15 %	15 %	15 %
BC 10	10 %	10 %	10 %
BC 50/35	50 %	35 %	50 %
BC 45/30	45 %	30 %	45 %
BC 40/25	40 %	25 %	40 %
BC 35/20	35 %	20 %	35 %
BC 30/15	30 %	15 %	30 %
BC 25/15	25 %	15 %	25 %
BC 20/15	20 %	15 %	20 %

Die Tarifstufe BC 20k kann nur zusammen mit der Tarifstufe BC 30 bestehen.

4. Tarifkombinationen

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

II. Versicherungsleistungen

A. Ambulante Heilbehandlung

Mit den vereinbarten Prozentsätzen werden Aufwendungen erstattet für:

1. Ärztliche Leistungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztliche Leistungen, wie z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, operative Maßnahmen zur Behebung einer Fehlsichtigkeit.

Ärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Arznei- und Verbandmittel, diätetische Lebensmittel und Verbrauchsmaterialien

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel, diätetische Lebensmittel sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien (siehe § 4 Absatz 3 AVB/VV).

3. Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewendet.

Für die Tarifstufen mit Selbstbehalt (siehe Abschnitt I Punkt 3.1) gilt:

Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II.F wird für folgende Ziffern der GOÄ nicht angerechnet:

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

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
4851 Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik

Für alle Tarifstufen gilt:
Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Abs. 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.

4. Pränataldiagnostik
Der Versicherer erstattet Kosten für Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft. Hierzu zählen z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest sowie Triple-/Quadruple-Test.

5. Kosten für Schwangerschaft und Entbindung
Der Versicherer erstattet Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

6. Schutzimpfungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für 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 von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen.

Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Abs. 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.

Für die Tarifstufen mit Selbstbehalt (siehe Abschnitt I Punkt 3.1) gilt:
Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II.F wird für diese Leistungen nicht angerechnet.

7. Psychotherapie
Der Versicherer erstattet bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Der Versicherer leistet für weitere Sitzungen im Kalenderjahr, sofern die Beihilfe Leistungen erbringt.

Psychotherapeutische Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

8. Behandlung durch Heilpraktiker
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Heilpraktikers bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich Arznei und Verbandmittel.
Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem GebüH und darüber hinaus sonstige von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.

Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

9. Naturheilkunde durch Ärzte
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Arznei und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen.
Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

10. Heilmittel
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen des Bundes. Hierzu gehören zum Beispiel Physiotherapie (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.

11. Sehhilfen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.
Der Versicherer erstattet darüber hinaus Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker.

12. Hilfsmittel (außer Sehhilfen)
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Hilfsmittel, wie z. B. Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte. Der Versicherer erstattet auch Aufwendungen für die Anschaffung eines Blindenhundes inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen.

Die Erstattungsfähigkeit für Hörgeräte ist auf 1.500 Euro Rechnungsbetrag je Ohr begrenzt.

Der Versicherer erstattet auch die Kosten für die Reparatur eines erstattungsfähigen Hilfsmittels, maximal bis zum Preis für die Neuanschaffung.

Darüber hinaus erstattet der Versicherer Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe (zum Beispiel Gebärdendolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern diese für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

13. Digitale Gesundheitsanwendungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB.
Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.

14. Fahrt- und Transportkosten
Der Versicherer erstattet Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.
Kosten für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

Darüber hinaus erstattet der Versicherer nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei:
- ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit
- schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).

15. Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung
Der Versicherer erstattet Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung:
- bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat
- in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

16. Soziotherapie
Der Versicherer erstattet Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V:
- nach Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- nach der Gebührenordnung für Ärzte oder bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit dem Leistungserbringer vereinbart hat.

17. Sozialmedizinische Nachsorge
Die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Abs. 2 und § 132 c Abs.2 SGB V sind bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern und Jugendlichen nach ärztlicher Verordnung erstattungsfähig.

18. 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.

Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraus-setzungen erfüllt sind:
a) es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor
b) nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen
c) es wurde noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt
d) die Frau hat das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet
e) es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %) und
f) 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.

19. Häusliche Krankenpflege
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege. Diese umfasst:
- Behandlungspflege
- Grundpflege und
- hauswirtschaftliche Versorgung

Die Maßnahme zur häuslichen Krankenpflege muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind.

Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

20. Ambulante Kuren
Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

B. Stationäre Krankenhausbehandlung
Mit den vereinbarten Prozentsätzen werden Aufwendungen erstattet für:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für 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 SGB V.

In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich der Bundepflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie. Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Sätzen des Bundes erstattet.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person.

2. Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger.

Die Leistungen von Beleghebammen und -entbindungspflegern sind nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

3. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummern B.1 und B.2.

Wird die Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation ambulant durchgeführt, erstattet der Versicherer anstelle der allgemeinen Krankenhausleistungen den Tagessatz der Einrichtung, in der die Behandlung durchgeführt wird.

Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, wie z.B. Klima-Kuren oder Mutter-Kind-Kuren.

4. Stationäre Kur
Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Aufwendungen für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Sätzen des Bundes.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie Kosten für wahlärztliche Leistungen.

5. Ambulante Operationen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus.

6. Entbindung
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus.

7. Rooming-In
Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes erstattet der Versicherer Aufwendungen für die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Umfang der Nummer 1. Voraussetzung ist, dass das Kind nicht älter als 11 Jahre ist.

8. Fahrt- und Transportkosten
Der Versicherer erstattet Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge oder die medizinisch notwendige Verlegung zum Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.

Kosten für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen zur Behandlung geeigneten Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn dafür eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

Der Versicherer erstattet nachgewiesene Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei:
- ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit
- schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).

9. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlendem Pflegegrad
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung.

Spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung endet die Leistung aus diesem Tarif.

10. Psychotherapie
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für stationäre Psychotherapie im Umfang von den Nummern 1 und 2.

C. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
Mit den vereinbarten Prozentsätzen werden Aufwendungen erstattet für:

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:
- diagnostische und anästhetische Leistungen
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung)
- Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays)
- Kronen und Brücken (mit Verblendung) sowie Veneers
- Implantate zum Aufbringen von Zahnersatz
- prothetische Leistungen
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Zahnärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

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

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen bei Zahnersatzmaßnahmen und 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.

2. Zahnvorsorge
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B der GOZ einschließlich der professionellen Zahnreinigung und der Fissurenversiegelung.

Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Abs. 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.

Für die Tarifstufen mit Selbstbehalt (siehe Abschnitt I Punkt 3.1) gilt: Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II.F wird für diese Leistungen nicht angerechnet.

3. Kieferorthopädie
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:
- kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn und Versicherungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres

Unabhängig vom Alter der versicherten Person erstattet der Versicherer Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern:
- diese aufgrund eines Unfalls, der nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, notwendig sind oder
- die Beihilfe Leistungen erbringt.

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

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, 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.

D. Sonstige Leistungen
Mit den vereinbarten Prozentsätzen werden Aufwendungen erstattet für:
1. Knochenmarkspende
Der Versicherer erstattet Aufwendungen im Umfang der tariflichen Leistungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

Als ambulante Heilbehandlung gelten auch die Typisierung zur Aufnahme in die Knochenmarkspenderdatei, das Registrieren des Empfängers für die Transplantation, die Aktivierungsgebühr und die Suchkosten (Fremdspendersuche).

2. Lebendorganspende
Der Versicherer erstattet die beim Organspender anfallenden Aufwendungen, sofern der Empfänger der Organ- oder Gewebespende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattet werden Aufwendungen des Organspenders im tariflichen Umfang für:
- ambulante und stationäre Heilbehandlung
- die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung
- aufgrund der Organspende erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- die Erstattung des nachgewiesenen Ausfalls von Arbeitseinkünften sowie Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung
- Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung stehen.

3. Palliativ-und Hospizversorgung
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132 d SGB V verfügen.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39 a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.

4. Krankenrücktransport, Überführung und Bestattung bei Auslandsaufenthalten
Bei Auslandsaufenthalten erstattet der Versicherer unabhängig von der versicherten Tarifstufe folgende Leistungen mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 %:

<u>Krankenrücktransport aus dem Ausland</u>
Erstattungsfähig sind alle Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport (auch Ambulanzflugzeug):
a) an den vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder
b) in ein von der versicherten Person benanntes und aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus in Deutschland.

Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.

Wird die versicherte Person beim Rücktransport von einem Mitreisenden begleitet, erstattet der Versicherer die Kosten für eine Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist. Unabhängig davon, ob für die Begleitperson beim Versicherer zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte aus dem Ausland besteht oder nicht.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen ohne Abzug der Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

<u>Überführung oder Bestattung im Todesfall</u>
Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

E. Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seinen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten in einen beihilfekon-

formen Tarif ohne Selbstbehalt umzustellen und/oder zum Grundtarif passende beihilfekonforme Ergänzungstarife, sofern Versicherungsfähigkeit besteht, für die betroffene versicherte Person zu vereinbaren.

Die Umstellung bzw. die Hinzuversicherung kann bei Eintritt der folgenden Anlässe für die jeweils betroffene versicherte Person ausgeübt werden:
– Ernennung zum Beamten auf Probe
– Geburt oder Adoption eines Kindes
– Heirat
– einmalig zu Beginn des 5. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn im Tarif BeihilfeCOMFORT.

Bei dem Wechsel von einem Beamtenverhältnis in eine selbstständige berufliche Tätigkeit oder in ein Arbeitnehmerverhältnis hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die betroffene versicherte Person eine für das Neugeschäft geöffnete Krankentagegeldversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten wie folgt zu vereinbaren:
(a) Arbeitnehmer können eine Krankentagegeldversicherung mit Leistungen ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:
  – bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens
  – höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zu dem Zeitpunkt, an dem das Optionsrecht ausgeübt wird.

(b) Selbstständige können eine Krankentagegeldversicherung mit Leistungen ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:
  – bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens
  – höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zu dem Zeitpunkt, an dem das Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes ausgeübt wird
  – Selbstständige Existenzgründer können die Krankentagegeldversicherung mit höchstens 90 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren.

Die Umstellung bzw. die Hinzuversicherung ist innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist, zu beantragen. Die Umstellung bzw. Hinzuversicherung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragsstellung. Der Eintritt des Anlasses ist umgehend durch die vom Versicherer geforderten geeigneten Nachweise zu belegen.

Sind Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) vereinbart, werden diese beim Wechsel in die neuen Tarife übertragen. Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und an die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

F. Selbstbehalt
Für die Tarifstufen mit Selbstbehalt (siehe Abschnitt I Punkt 3.1) gilt:

Von den Versicherungsleistungen für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie (Abschnitte A und C) wird insgesamt ein absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in folgender Höhe abgezogen:

Tarifstufen des Tarifs BeihilfeCOMFORT mit Selbstbehalt	Basis-Selbstbehalt / Kalenderjahr für Leistungen der Abschnitte A und C	Prozentuale Absicherung	Tatsächlicher Selbstbehalt nach prozentualer Absicherung
BC 100 SB	600,00 €	100 %	600,00 €
BC 50 SB BC 50/35 SB	600,00 €	50 %	300,00 €
BC 30 SB + BC 20k SB	600,00 €	50 %	300,00 €
BC 45 SB BC 45/30 SB	600,00 €	45 %	270,00 €
BC 40 SB BC 40/25 SB	600,00 €	40 %	240,00 €
BC 35 SB BC 35/20 SB	600,00 €	35 %	210,00 €
BC 30 SB BC 30/15 SB	600,00 €	30 %	180,00 €
BC 25 SB BC 25/15 SB	600,00 €	25 %	150,00 €
BC 20 SB BC 20/15 SB	600,00 €	20 %	120,00 €
BC 15 SB	600,00 €	15 %	90,00 €
BC 10 SB	600,00 €	10 %	60,00 €

Der Basis-Selbstbehalt beträgt für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie (Abschnitte A und C) 600 Euro pro Kalenderjahr. Die tatsächliche Höhe Ihres Selbstbehaltes richtet sich nach Ihrer versicherten Tarifstufe. Haben Sie beispielsweise einen Beihilfeanspruch von 50 % und somit die Tarifstufe BC 50 SB versichert, beträgt Ihr Selbstbehalt 50 % von 600 Euro, d. h. insgesamt 300 Euro pro Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Jahres, 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 Jahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen nach den unter Abschnitt II.A Nummer 3 aufgezählten Ziffern der GOÄ, Schutzimpfungen nach Abschnitt II.A Nummer 6 und prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt II.C Nummer 2 werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

Besondere Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung

1. Versicherungsfähigkeit
Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif BeihilfeCOMFORT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind:

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.

Die Besonderen Bedingungen können ab Beginn des Kalenderjahres vereinbart werden, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.
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
– zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe b):

– mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit
– mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners
– zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe c):

– mit Beendigung der Arbeitslosigkeit
– nach maximal achtzehn Monaten
– zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

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

3. Beiträge
Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richtet sich der Beitrag nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 35. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 20 - 24, 25 - 29, 30 - 34 bzw. 35 - 39 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Besondere Bedingungen „W“ für Beamte auf Widerruf

1. Versicherungsfähigkeit
Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif BeihilfeCOMFORT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind:

a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
b) nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner der nach a) versicherten Personen
c) nach Beendigung des Vorbereitungsdienstes vorübergehend arbeitslose Personen, die beim Versicherer bereits bisher nach Besonderen Bedingungen für Beamte auf Widerruf versichert waren.

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „W“.
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 des Vorbereitungsdienstes
– zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe b):

– mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit
– mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners
– zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe c):

– mit Beendigung der Arbeitslosigkeit
– nach maximal achtzehn Monaten
– zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.

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

3. Beiträge
Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen gilt Folgendes:

3.1 Der Beitrag richtet sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 16., 21., 26., 31. bzw. 36. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 16 - 20, 21 - 25, 26 - 30, 31 - 35 bzw. 36 - 39 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

3.2 Bei der Gegenüberstellung, sowie bei der Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Beiträge gemäß § 8 Absatz 5 AVB/VV werden versicherte Personen in der Altersgruppe 16 - 20 der Beobachtungseinheit Erwachsene zugeordnet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychotherapeuten
STIKO	Ständige Impfkommission