



Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif IGBCE GesundPlus

Ergänzungstarif für Mitglieder der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IGBCE) und deren Angehörige

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **IGBCE GesundPlus** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Mitglieder der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IGBCE) und deren Angehörige (AVB/IGBCE)

Teil I Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Mitglieder der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IGBCE) und deren Angehörige (**AVB/IGBCE**)

Den Teil I finden Sie in einer separaten Unterlage.

Teil II Tarif **IGBCE GesundPlus**. Der Teil II liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **IGBCE GesundPlus** im Versicherungsschein: **IGG+**

Versicherungsträger ist ein Konsortium, bestehend aus Barmenia Krankenversicherung AG und R+V Krankenversicherung AG.

Stand 01.05.2026

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **IGBCE GesundPlus**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräte)	100 %	300 EUR pro Kalenderjahr (zusammen mit Hörgeräten - siehe unten - insgesamt 600 EUR pro Kalenderjahr)
Hörgeräte	100 %	600 EUR pro Kalenderjahr (Leistungen für Heil- und Hilfsmittel - siehe oben - werden abgezogen)
Gesetzliche Zuzahlungen	100 %	-
Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker	100 %	150 EUR pro Kalenderjahr
Frühkindliche Förderung bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr	100 %	300 EUR in den ersten beiden Lebensjahren
Soforthilfe bei schweren Erkrankungen (siehe Anhang 2) sowie für Personen bis zum 21. Lebensjahr bei einem Grad der Behinderung von wenigstens 50	-	Einmalig 5.000 EUR
Krankengeld bei Erkrankung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes	15 EUR pro Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen	100 %	-

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr)	100 %	-
Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel professionelle Zahnreinigung) sowie zahnauhellende Maßnahmen (zum Beispiel Bleaching)	100 %	60 EUR pro Kalenderjahr
Zahnersatz	50 %	Im 1. Kalenderjahr insgesamt 1.000 EUR, im 2. Kalenderjahr insgesamt 1.000 EUR, ab dem 3. Kalenderjahr unbegrenzt.
Inlays und Kunststofffüllungen	100 %	
Zahn- und Kieferregulierungen bei Beginn der Behandlung bis zum 18. Lebensjahr	85 %	Insgesamt 1.500 EUR innerhalb der Vertragslaufzeit, davon im 1. Kalenderjahr maximal 300 EUR, im 1. - 2. Kalenderjahr insgesamt 600 EUR, im 1. - 3. Kalenderjahr insgesamt 900 EUR.
Aufbissschienen, Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlungen	100 %	-
Akupunktur zur Schmerzbehandlung und bei der Anästhesie sowie Vollnarkosen (bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen)	100 %	-
Schutzimpfungen	100 %	100 EUR pro Kalenderjahr
Auslandsreise-Krankenversicherung (für acht Wochen)	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **IGBCE GesundPlus** können folgende Personen versichert werden:

- Personen, die Mitglied bei der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IGBCE) und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
- Angehörige des Mitglieds, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (Kinder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres und in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe- oder Lebenspartner).

Ein Mindest- oder Höchstalter für die Aufnahme in den Tarif **IGBCE GesundPlus** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diese Voraussetzungen

Der Tarif **IGBCE GesundPlus** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV ergänzt. Deshalb nehmen Sie bitte die Leistungen der GKV zuerst in Anspruch.

Die Vorleistung der GKV ist Voraussetzung für die Übernahme der Kosten nach dem Tarif **IGBCE GesundPlus** in folgenden Fällen: Krankengeld bei Erkrankung des versicherten Kindes → Ziffer 7, Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen → Ziffer 8 und teilweise bei Zahn- und Kieferregulierung → Ziffer 13. Leistet die GKV in diesen Fällen nicht, dann entfallen auch die Leistungen nach dem Tarif **IGBCE GesundPlus**.

Zusätzlich bietet der Tarif *IGBCE GesundPlus* Leistungen, für die bei der GKV kein Anspruch besteht (zum Beispiel in der Regel bei Behandlungen durch Heilpraktiker). In diesem Fall erhalten Sie die tariflichen Leistungen ohne Abzug einer Vorleistung der GKV.

Für alle Leistungen gilt, dass die Erstattungen zusammen mit den Leistungen der GKV sowie weiterer Kostenträger nicht höher sein dürfen als der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Heil- und Hilfsmittel

100 % der Kosten für Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräte) bis zu einem Gesamtbetrag von **300 EUR** pro Kalenderjahr. Zusammen mit den Leistungen für Hörgeräte (siehe Ziffer 2) werden insgesamt bis zu **600 EUR** pro Kalenderjahr erstattet.

Beispiel:

Sie haben in diesem Kalenderjahr für Hörgeräte bereits Leistungen in Höhe von 400 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Heil- und Hilfsmittel noch bis zu 200 EUR.

Heilmittel sind medizinische Bäder, Massagen, Krankengymnastik, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Hilfsmittel sind

- Bandagen
- orthopädische Schuhe
- Einlagen
- Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen
- elektronische Kehlköpfe
- Körperersatzstücke (zum Beispiel Prothesen und Epithesen)
- Geh- und Stützapparate (zum Beispiel Orthesen)
- Kunstaugen
- Krankenfahrstühle und
- lebenserhaltende Hilfsmittel, zum Beispiel Atemmonitore.

2. Hörgeräte

100 % der Kosten für Hörgeräte bis zu einem Gesamtbetrag von **600 EUR** pro Kalenderjahr. Von dem Gesamtbetrag werden die Leistungen für weitere Heil- und Hilfsmittel (siehe oben) abgezogen.

Beispiel:

Sie haben in diesem Kalenderjahr für Heil- oder Hilfsmittel bereits Leistungen in Höhe von 200 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Hörgeräte noch bis zu 400 EUR.

3. Gesetzliche Zuzahlungen

100 % der Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Heilmittel, zum Beispiel Krankengymnastik oder Massagen (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel, zum Beispiel Hörgeräte oder Krankenfahrstühle (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).

Bitte beachten Sie bei den Belegen Folgendes:

Reichen Sie bitte bei Arznei- und Verbandmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln eine Kopie des Rezeptes und/oder der ärztlichen Verordnung ein. Diese müssen den Namen und Vornamen der versicherten Person sowie Stempel und Unterschrift des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Apotheke) pro Mittel enthalten.

Bei E-Rezepten reichen Sie bitte den Kassenbeleg der Apotheke oder die Rechnung der Online-Apotheke ein. Diese müssen den Namen und Vornamen der versicherten Person, verordnete Arzneimittel, Betrag bzw. Zuzahlungsbetrag und Art des Rezeptes enthalten.

Bitte reichen Sie bei anderen Zuzahlungen eine Quittung mit dem Namen und Vornamen der versicherten Person, des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Krankenhaus), Art und Höhe der Zuzahlung sowie Datum der Leistung ein.

Sie können auch ein von der GKV akzeptiertes Formular verwenden, mit dem die Zuzahlungen nachgewiesen werden. Dieses muss den Namen und Vornamen der behandelten Person sowie Stempel und Unterschrift des Zuzahlungs-Empfängers enthalten. Außerdem muss Art und Höhe der Zuzahlung und das Datum der Leistung hervorgehen, für die Sie eine Zuzahlung zu tragen haben.

Wenn Sie die Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 SGB V erreicht haben, sind Sie von Zuzahlungen befreit. In diesem Fall erhalten Sie keine Leistungen nach dem Tarif *IGBCE GesundPlus*.

4. Naturheilverfahren durch Ärzte/
Behandlungen durch Heilpraktiker

100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von **150 EUR** pro Kalenderjahr.

Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert.

Einen Auszug der naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im **Anhang 1**.

Bei Naturheilverfahren durch Ärzte erstatten wir die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

5. Frühkindliche Förderung für Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr **100 %** der Kosten für Baby-Schwimmkurse, Kurse zur Babymassage und zur Baby-Frühförderung (zum Beispiel PEKiP).
Wir ersetzen die Kosten für das versicherte Kind bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr. Insgesamt erstatten wir während dieser Zeit bis zu **300 EUR**.
6. Soforthilfe bei schweren Erkrankungen (Einmalzahlung) **5.000 EUR** bei Vorliegen einer schweren nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages erstmals ärztlich diagnostizierten Erkrankung, die Sie im **Anhang 2** finden. Sie erhalten die Soforthilfe einmal für die gesamte Vertragsdauer in einer Summe. Tritt zu dieser Erkrankung eine weitere im **Anhang 2** aufgeführte schwere Erkrankung hinzu, zahlen wir keine weitere Soforthilfe. Bitte weisen Sie die schwere Erkrankung durch ein ärztliches Attest nach.
Außerdem erhalten Sie zusätzlich die Soforthilfe in Höhe von **5.000 EUR**, wenn
- für die versicherte Person nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) festgestellt wurde und
- zu diesem Zeitpunkt die versicherte Person noch keine 21 Jahre alt ist. Bitte weisen Sie den GdB durch den Bescheid des Versorgungsamtes nach.
Hat eine schwere Erkrankung nach **Anhang 2** zu diesem GdB geführt, zahlen wir die Soforthilfe hierfür insgesamt nur einmalig. Das heißt: Bei Feststellung dieses GdB zahlen wir zusätzlich keine Soforthilfe. Das Gleiche gilt bei einer Erhöhung des deswegen anerkannten GdB. Auch in diesem Fall zahlen wir keine zusätzliche Soforthilfe.
7. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (bei Leistung der GKV) **15 EUR** pro Tag für das nach diesem Tarif versicherte Kind, solange ein Elternteil Krankengeld auf Grund der Erkrankung dieses Kindes nach § 45 SGB V erhält.
Bitte weisen Sie durch eine Bescheinigung der GKV nach, wie lange ein Anspruch auf Kinderkrankengeld bestand.
8. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen (nach Vorleistung der GKV) **100 %** der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.
Zu den Mehrkosten zählen nicht die gesondert berechneten Kosten für bessere Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus sowie gesondert berechnete ärztliche Leistungen.
Leistet die GKV nicht, besteht kein Anspruch auf eine Leistung nach dem Tarif *IGBCE GesundPlus*.
9. Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn ein Elternteil während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen wird.
Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.
10. Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel professionelle Zahnreinigung) sowie zahnaufhellende Maßnahmen (zum Beispiel Bleaching) **100 %** der Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen und zahnaufhellende Maßnahmen. Die Kosten erstatten wir bis zu einem Gesamtbetrag von **60 EUR** pro Kalenderjahr.
Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:
- Professionelle Zahnreinigung
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Fissuren-Versiegelung

- Aufhellung der Zähne durch Bleaching.

Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden oder zahnärztlich begleitet werden. Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ).

11. Zahnersatz

50 %

der Kosten für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen. Unter den Versicherungsschutz für Zahnersatz fallen zum Beispiel Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen und Implantate. Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn 6 eingeschlossen.

Zu den Vor- und Nachbehandlungen zählen zum Beispiel funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, augmentative Leistungen (Knochenaufbau) und Anästhesieleistungen.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen.

Die Leistungen für Zahnersatz sowie für Inlays und Kunststofffüllungen nach Ziffer 12 sind in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt **1.000 EUR** je Kalenderjahr begrenzt. Dieser Höchstbetrag entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Zustandekommen des Vertrages eingetreten ist, zurückzuführen sind.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

12. Inlays und Kunststofffüllungen

100 %

der Kosten für Inlays und Kunststofffüllungen.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen.

Die Leistungen für Inlays und Kunststofffüllungen sowie Zahnersatz nach Ziffer 11 sind in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt **1.000 EUR** je Kalenderjahr begrenzt. Dieser Höchstbetrag entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Zustandekommen des Vertrages eingetreten ist, zurückzuführen sind.

13. Zahn- und Kieferregulierung (Kieferorthopädie)

85 %

der Kosten. Während der Vertragslaufzeit erstatten wir insgesamt bis zu **1.500 EUR**.

Versicherungsschutz besteht

- für Zahn- und Kieferregulierung nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 oder

- für zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (so genannte Mehrleistungen, zum Beispiel Kunststoff- und Keramikbrackets), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung nach den KIG 3 bis 5 erbracht werden. Mehrleistungen sind versichert, wenn hierfür kein Anspruch gegenüber der GKV besteht.

Bitte nehmen Sie die Leistungen der GKV zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Leistet die GKV für die unter ihre Leistungspflicht fallenden Aufwendungen nicht, entfällt auch die Leistung nach dem Tarif *IGBCE GesundPlus*.

Nicht erstattungsfähig ist der GKV-Eigenanteil, der nach erfolgreichem Behandlungsabschluss von der Krankenkasse zurückerstattet wird.

Voraussetzung ist, dass Sie bei Beginn der Behandlung noch keine 18 Jahre alt sind.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen.

- Die Leistungen sind in den ersten drei Kalenderjahren begrenzt. Sie erhalten
- im ersten Kalenderjahr maximal **300 EUR**,
- in den ersten zwei Kalenderjahren zusammen maximal **600 EUR**,
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal **900 EUR**.

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Zustandekommen des Vertrages eingetreten ist, zurückzuführen sind.

Die Kosten rechnen wir dem Kalenderjahr zu, in dem sie angefallen sind.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

- | | | |
|---|--------------|---|
| 14. Aufbissschienen (außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung), Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlungen | 100 % | <p>der Kosten für Aufbissschienen (auch Knirscherschienen), die nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig werden. Außerdem sind Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlungen versichert.</p> <p>Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen.</p> |
| 15. Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie sowie Vollnarkosen (bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen) | 100 % | <p>der Kosten für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, die bei erstattungsfähigen Behandlungen nach den Ziffern 11 bis 14 durchgeführt wird. Außerdem sind Vollnarkosen bei erstattungsfähigen Behandlungen nach den Ziffern 11 bis 14 versichert.</p> <p>Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ).</p> |
| 16. Schutzimpfungen | 100 % | <p>der Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen) bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR pro Kalenderjahr.</p> <p>Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe. Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).</p> |

17. Versicherungsschutz im Ausland

Vorbemerkung

Sie haben Versicherungsschutz bei im Ausland auftretenden Krankheiten oder Unfällen. Außerdem haben Sie Versicherungsschutz bei notwendiger ärztlicher Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.

Sie erhalten Leistungen für im Ausland entstandene Kosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung. Dies gilt auch, wenn eine sich ausbreitende Infektionskrankheit (Pandemie) die Heilbehandlungen verursacht. Außerdem erhalten Sie die unter Ziffer 17 c) bis f) genannten Leistungen.

Der Versicherungsschutz besteht für **die ersten acht Wochen** eines vorübergehenden urlaubs- oder beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes. Er verlängert sich, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht innerhalb dieses Zeitraums die Rückreise antreten können. Sie haben dann so lange Versicherungsschutz, bis Sie ohne Gefährdung Ihrer Gesundheit zurückreisen können. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens mit Ende des Versicherungsverhältnisses.

Bei der Geburt eines Kindes im Ausland haben die versicherte Mutter und das neugeborene Kind so lange Versicherungsschutz, bis sie nach Deutschland zurückreisen können.

Bei im Ausland entstandenen Kosten

- müssen aus Rezepten das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen,

- müssen bei Zahnbehandlungen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Maßnahmen beinhalten und
- muss bei einer Überführung oder Bestattung eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.

Weitere Details finden Sie unter § 6 AVB/IGBCE (Auszahlung der Versicherungsleistungen).

Sie haben keinen Versicherungsschutz

- für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen und
- bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

- a) Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung **100 %** der Kosten für
- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten,
 - ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel. Dazu zählen zum Beispiel auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach der individuellen Lebensführung dienen, zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung und Haarwuchsmittel) und Verbandmittel,
 - ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen,
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden und auf eine Krankheit oder einen Unfall zurückzuführen sind. Ausgenommen sind Sehhilfen und Hörgeräte,
 - Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen,
 - Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung,
 - notwendigen Transport zum nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus zur stationären Heilbehandlung,
 - notwendigen Transport zum nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall,
 - Zahnbehandlungen in Form von notwendigen einfachen Zahnfüllungen, Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie provisorischer Zahnersatz.
- Versicherungsschutz besteht auch für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapie-richtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, soweit diese ein Arzt vornimmt.
- Wir erstatten Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten hinaus.
- Wahlrecht bei stationärer Heilbehandlung:
Bei einer stationären Heilbehandlung können Sie an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
30 EUR für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung. Bitte reichen Sie in diesem Fall eine Bescheinigung des Krankenhauses ein.
- b) Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn ein Elternteil während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.
- c) Krankenhaustagegeld **15 EUR** für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

- d) Rettung und Bergung **100 %** der Kosten bis zu einem Betrag von **5.000 EUR**, wenn Sie wegen eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden müssen.
- e) Rücktransport **100 %** der Kosten für
- einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport aus dem Ausland. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie wegen Krankheit oder Unfall an den ständigen Wohnsitz oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche medizinisch geschulte Begleitpersonal.
 - Rettungsflüge.
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Weitere Voraussetzungen: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohende Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.
- Diese Kosten ersetzen wir auch, wenn
- die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland über den Rücktransportkosten liegen oder
 - nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage übersteigt.
- 500 EUR** pauschal zum Ausgleich weiterer Kosten bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge.
- f) Überführung **100 %** der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von **10.000 EUR**, wenn Sie im Ausland sterben. Versichert sind die Kosten der Überführung an den Wohnsitz oder die Kosten der Bestattung am Sterbeort.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	20,10
21 - 30	17,80
31 - 40	27,30
41 - 50	37,20
51 - 60	50,60
Ab 61 -	73,40

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen der Beitragsanpassungsklausel in Teil I (§ 8b) ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.
Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 31, 41 Jahre, 51 Jahre bzw. 61 Jahre alt wird. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Ergänzende Regelungen zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage ist Teil I der (AVB), den wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten.

2. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?
Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, dann gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Diese Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, Sie müssen den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

3. Worauf müssen Sie achten?
Neben dem Tarif *IGBCE GesundPlus* dürfen keine weitere Krankheitskostenversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz bestehen. Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, sind wir nach § 28 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, innerhalb eines Monats nach Kenntniserlangung der Verletzung den Vertrag fristlos zu kündigen.

4. Was ist zu beachten, wenn Ihre Mitgliedschaft bei der IGBCE endet?
In diesem Fall können Sie Ihre Versicherung nach dem Tarif *IGBCE GesundPlus* weiterführen.

5. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV endet?
In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif *IGBCE GesundPlus* zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.
Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV unverzüglich mit.

Anhang 1

Auszug der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
 - Aderlass
 - Baunscheidt-Behandlung
 - Bier'sche Stauung
 - Bluteigelbehandlung
 - Cantharidentherapie
 - Fontanellentherapie
 - Pustulantien-Behandlung
 - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüssler
- Bioenergetische Medizin:
Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien (Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.)
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Neuraltherapie
- Nervenpunktmassage
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)

- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermotheapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

Anhang 2

Liste der versicherten schweren Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne des Buchstaben B, Ziffer 6 des Tarifs **IGBCE Gesund-Plus** gelten:

- Akuter Herzinfarkt mit einer Funktionseinschränkung der Herzleistung mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion unter 35 %
- Bösartiger solider Tumor mit Metastasierung
- Bösartige Erkrankungen der Lymphknoten ab Stadium 3
- Bösartige Erkrankungen des blutbildenden Systems
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades
- Infektiöse, parasitäre und bösartige Erkrankungen infolge HIV-Krankheit
- Nicht medikamentös herbeigeführtes Koma oder Syndrom reaktionsloser Wachheit („Wachkoma“) mit einem Glasgow Coma Scale (GCS)-Wert kleiner 9 und einer Dauer über 4 Wochen oder mit einem GCS-Wert kleiner 13 und einer Dauer über 3 Monate
- Lähmung eines Beines und eines Armes oder einer Körperhälfte oder Querschnittslähmung durch Schädigung des Gehirns oder Rückenmarks
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens (Blindheit) auf beiden Augen
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Hörvermögens (Taubheit) auf beiden Ohren
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sprachvermögens (Stummheit) durch organische Ursachen (Irreversible Schädigung des Sprechapparates - Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge - oder des zentralen Nervensystems)
- Poliomyelitis mit dauerhafter Paralyse (Beeinflussung von Atmung und Motorik)
- Dauerhafter Verlust oder irreversible völlige Funktionsunfähigkeit mindestens eines Armes und eines Beines oder beider Arme und beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenkes (im Falle einer Amputation bei Amputationshöhe Oberschenkel oder Oberarm Mitte)
- Progressive Muskeldystrophie
- Creutzfeld-Jacob-Krankheit
- Systemischer Lupus erythematoses mit Organbeteiligung und Notwendigkeit einer systemischen Therapie
- Motoneuronenerkrankung mit irreversiblen Verlust neurologischer Funktionen und Beeinflussung von Atmung und Motorik