



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge “Metall- und Maschinenbau Plus” (R42)

Jährlicher Mitgliedsbeitrag **292,36 Euro**

Für Mitarbeiter von Unternehmen, die das gegenseitige Übereinkommen unterzeichnet haben, und den zu Lasten lebenden Familienmitgliedern mit geteilten Hochentschädigungsgrenzen (Art. 51, Absatz 2, Buchstabe a des DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen)

Das vorliegende Leistungspaket kann durch die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages fakultativ auch von nicht zu Lasten lebenden Familienmitglieder abgeschlossen werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die angeführten Höchstentschädigungsgrenzen im Verhältnis zu den eingeschriebenen Monaten stehen.

Öffentliche fachärztliche Leistungen

1. Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)

Mitgl.
Fam.

100 % für Steuerbelege des öffentlichen Gesundheitsbetriebes oder von privaten bzw. freiberuflichen Ärzten, welche ein privates Abkommen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben. In jeden Fall muss der Steuerbeleg obligatorisch die Bezeichnung „Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst“ (Ticket) und den Hinweis auf die Art der durchgeführten Leistung enthalten. Der Beitrag für die Tickets wird auch für präventive Diagnosesicherungen anerkannt.

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Private fachärztliche Leistungen

2. Private fachärztliche Untersuchungen

Mitgl.
Fam.

50 % des Rechnungsbetrages für **fachärztliche Untersuchungen** bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, **maximal zwei Untersuchungen** pro Kalenderjahr. Maximal **40,00 Euro** pro Untersuchung. Der Steuerbeleg muss die Art der fachärztlichen Untersuchung enthalten, jede weitere Leistung muss von der Untersuchung getrennt werden.

3.1 Instrumental diagnostische Untersuchungen

Mitgl.
Fam.

50 % des Rechnungsbetrages für **instrumentaldiagnostische Untersuchungen** bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, **maximal zwei Steuerbelege** pro Kalenderjahr. Maximal **40,00 Euro** pro Steuerbeleg. Der Steuerbeleg muss die Art der instrumentaldiagnostischen Untersuchung enthalten, jede weitere Leistung muss von der Untersuchung getrennt werden.

3.2 Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung

Mitgl.
Fam.

50 % des Rechnungsbetrages für **instrumentelle Hochdiagnostik** bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern. Maximal **60,00 Euro** für die im Verzeichnis **Anlage „C“** aufgelisteten Untersuchungen.

4. Laboruntersuchungen

Mitgl.
Fam.

50 % des Rechnungsbetrages für **Laboruntersuchungen** bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, **maximal zwei Steuerbelege** pro Kalenderjahr. Maximal **40,00 Euro** pro Steuerbeleg. Der Steuerbeleg muss die Art der Laboruntersuchung enthalten, jede weitere Leistung muss von der Untersuchung getrennt werden.

Die Unterstützungen der angeführten Punkte 2, 3 und 4 können bis zu einem Maximalbetrag von **1.500,00 Euro** pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Zahnheilkunde

5.1 Zahnheilkunde bei privaten NICHT vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

Mitgl.
Fam.

50 % des Steuerbeleges anerkannt für zahnärztliche kurative, implantologische und prothetische Leistungen.

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **150,00 Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Das Mitglied erhält die in der **Anlage „B“ Tarifverzeichnis „A“** angeführten Leistungen und Beträge.

Bereich der Zahnheilkunde:

- | | |
|---|---|
| <p>A) Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Photographie (12 Positionen)</p> <p>B) Mundhygiene und Prävention (7 Positionen)</p> <p>C) Endodontie (6 Positionen)</p> <p>D) Konservierenden Leistungen (5 Stimmen)</p> <p>E) Mundchirurgie (15 Positionen)</p> <p>F) Parodontologie (8 Positionen)</p> <p>G) Gnatologie (4 Positionen)</p> | <p>H) Kieferorthopädie (7 Positionen)</p> <p>K) Implantologie und Knochenregeneration (6 Positionen)</p> <p>L) Fixe Prothesen (20 Positionen)</p> <p>M) Abnehmbare Prothesen (5 Positionen)</p> <p>P) Overdenture-Overimplantat Prothesen (5 Positionen)</p> <p>Q) Modellprothese (3 Positionen)</p> <p>R) Teilprothese (2 Positionen)</p> |
|---|---|

Gesamte anerkannte Leistungen: 105.

5.2 Vertragsgebundene Zahnheilkunde

Mitgl.

Für Leistungen der **Implantologie**, sowie für **fixe Prothesen** muss die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom **Ende der Behandlung** beigefügt werden. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung beantragt werden.

Für Leistungen der **Kieferorthopädie** muss die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom **Beginn der Behandlung** angefügt werden. Die Rückvergütung von kieferorthopädischen Leistungen, welche länger als ein Jahr dauern, müssen jährlich mit den entsprechenden Dokumenten angefragt werden.

Um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der vertragsgebundenen Zahnarztpraxis vor der Dienstleistung den Mitgliedsausweis und den Personalausweis vorweisen.

Das **anspruchsberechtigte Familienmitglied** erhält für Leistungen der Zahnheilkunde, die in einer vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden, folgende Unterstützungen anerkannt:

- | | |
|--|--|
| <p>a)</p> <p>b)</p> <p>Fam. c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> | <p>50 % Kosten für zahnärztliche Untersuchung und Zahnsteinentfernung mit maximal 40,00 Euro pro Kalenderjahr (maximal einmal im Jahr);</p> <p>50 % der Kosten für Röntgenaufnahmen, OPT, Fernröntgen, Dentscan, intraorale Fotos oder anderer digitaler Aufnahme der Mundhöhle mit maximal 40,00 Euro pro Kalenderjahr; (maximal einmal im Jahr);</p> <p>50% der Kosten für die ein oder mehrflächige Füllung eines Zahnes, inklusive der Aufbaufüllung des Zahnes bis maximal 40,00 Euro für einen einzigen Zahn pro Kalenderjahr;</p> <p>50 % der Kosten für die ein- oder mehrkanälige Wurzelbehandlung der Zähne bis maximal 40,00 Euro für einen Zahn pro Kalenderjahr;</p> <p>50 % der Kosten für Chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel bis maximal 40,00 Euro pro Zahn; maximal zwei Eingriffe;</p> <p>50 % der Kosten für Einschnitt aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlung bis maximal 40,00 Euro; maximal ein Eingriff pro Kalenderjahr;</p> |
|--|--|

5.3 Zahnpflege bei öffentlichen sanitären Strukturen

Mitgl.
Fam.

Sofern sich das Mitglied an die Zahnheilkundeabteilung des Landesgesundheitsdienstes wendet, werden folgende Leistungen anerkannt:

- | | |
|---------------------|--|
| <p>a)</p> <p>b)</p> | <p>100% des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);</p> <p>50% des selbstbezahlten Steuerbeleges der durchgeführten Leistungen;</p> |
|---------------------|--|

Die Unterstützung unter **Punkt 5.2 und 5.3** wird bis zu einem Maximalbetrag von **2.000,00 Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

5.4 Zahnbehandlung aufgrund von Unfall

Mitgl.
Fam.

Dem Mitglied wird im Falle eines von der Erste Hilfe dokumentierten Unfalles, der eine Zahnbehandlung nach sich zieht, die folgende Unterstützung anerkannt:

- | | |
|---------------------|---|
| <p>a)</p> <p>b)</p> | <p>100 % des Betrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);</p> <p>50 % der Steuerbelege.</p> |
|---------------------|---|

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 Euro** pro Unfall gewährt.

Krankenhausaufenthalt

6.1 Unterstützte chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Strukturen (Verzeichnis Anlage "A" Tarifverzeichnis Bereich "A")

Mitgl.
Fam.

Im Falle, dass das Mitglied selbst oder eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder einem chirurgischen Eingriff unterzogen wird, wobei als solche die in der Anlage A angeführten Eingriffe zu verstehen sind, hat das Mitglied Anspruch auf eine Unterstützung bis zur Erreichung des im **Anlagenverzeichnis „A“, Bereich „A“** angeführten Betrags zwecks Rückzahlung der effektiv angefallenen und entsprechend

belegten gesundheitlichen Ausgaben für folgende Leistungen, die in privaten Strukturen durchgeführt wurden:

- a) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen vor** der Einlieferung und die für den Eingriff selbst notwendig sind;
- b) Honorare der Chirurgen, der Anästhesisten und aller anderen am Eingriff beteiligten Personen;
- c) OP- Saal Gebühren;
- d) Eingriffsmaterial, einschließlich der therapeutischen Behandlungen und der Prothesengeräte, die während des Eingriffs verwendet werden;
- e) Aufenthaltsgebühr;
- f) ärztliche krankenpflegerische Betreuung, diagnostische Untersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, die während der Einlieferungszeit bezüglich des durchgeführten Eingriffs durchgeführt werden;
- g) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferungen des Spenders, Einlieferung des Spenders, diagnostische Untersuchungen, ärztliche und krankenpflegerische Betreuung, chirurgischer Explantationseingriff, Behandlungen, Medikamente und Aufenthaltsgebühren;
- h) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Kauf oder Ausleihe von Prothesen oder Sanitätsgeräten in den **120 Tagen nach** dem Eingriff.

6.2 Krankentransport

Mitgl.
Fam.

Für den Transport des Kranken mit einem sanitären Fahrzeug in Italien oder im Ausland wird eine Unterstützung von **80% der Kosten** bis zum maximalen Betrag von **1.000,00 Euro** gewährt.

7.1 Unterstützte chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Strukturen (Verzeichnis Anlage "A")

Mitgl.
Fam.

Im Falle, dass das Mitglied selbst oder eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder einem großen chirurgischen Eingriff unterzogen wird, wobei als solche die in der **Anlage „A“** angeführten Eingriffe zu verstehen sind, hat das Mitglied Anspruch auf folgende Leistungen:

- a) **100 %** des Steuerbelegs für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen** vor der Einlieferung und die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 Euro** pro Eingriff;
- b) **100 %** des Steuerbelegs für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf Kauf oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten in dem **120 Tagen nach** dem Eingriff, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 Euro** pro Eingriff;
- c) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von **1.000,00 Euro**.

7.2 Krankenhauseinlieferung aufgrund chirurgischen Eingriff

Mitgl.
Fam.

Die Unterstützung bei Krankenhauseinlieferung aufgrund des chirurgischen Eingriffs gemäß Anlage „A“ entspricht:

- a) **40,00 Euro** pro Tag in Italien;
 - b) **60,00 Euro** für die Einlieferung in eine Krankenanstalt, die im Ausland liegt.
- Die Unterstützung wird für bis zu maximal **30 Tage** anerkannt.

Bereiche der spezifischen chirurgischen Eingriffe:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Chirurgie (88 Positionen: Hals 10, Brust 6 Ösophagus 11, Magen-Zwölffingerdarm 7, Jejunum-Ileum-Colon-Rektum-Anus 22, Peritoneum 2, Leber und Gallenwege 9, Bauchspeicheldrüse - Milz 9, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie 12); 2. Thorax-Lungenchirurgie (23 Positionen); 3. Herz-Kreislauf-Chirurgie (21 Positionen); 4. Gynäkologie (9 Positionen); 5. Neurochirurgie (28 Positionen); 6. Orthopädie (26 Positionen); | <ol style="list-style-type: none"> 7. HNO (11 Positionen: Ohr 8, Larynx und Parynx, 2); 8. Urologie (20 Positionen: Nieren und Nebennieren 7, Harnleiter 3, Blase 5, Prostata 1, Harnröhre 1, Männliche Geschlechtsorgane 3); 9. Augenheilkunde (3 Positionen); 10. Große Verbrennungen (1 Positionen) 11. Organtransplantation (6 Positionen), <p>Gesamte anerkannte chirurgische Eingriffe: 236.</p> |
|--|---|

8.1 Chirurgische Eingriffe für das neugeborene Familienmitglied

Neugeb.

Sollten für das neugeborene Familienmitglied im ersten Lebensjahr stationäre Aufenthalte mit chirurgischen Eingriffen notwendig sein, erhält das Mitglied einen Unterstützungsbeitrag für die Spesen bis zu maximal **10.000,00 Euro** für:

- a) Bezahlte Rechnungen für die Korrektur von angeborenen Pathologien
- b) Ärztliche Visiten, instrumentelle Diagnostik, Laboruntersuchungen vor und nach dem stationären Aufenthalt
- c) Übernachtung und Verpflegung der Begleitperson im Krankenhaus oder in einem Hotel

8.2 Ersatztaggeld

Neugeb.

Sollte das Mitglied keinen Unterstützungsbeitrag für die Buchstaben a), b) und c) des vorhergehenden Punktes 8.1 in Anspruch nehmen, hat es Anrecht auf einen

Unterstützungsbeitrag von **50,00 Euro** für jeden Tag des stationären Aufenthaltes des anspruchsberechtigten Familienmitgliedes für maximal **30 Tage** pro Eingriff.

9. Ambulant chirurgische Eingriffe	Mitgl.	a) 100 % des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
	Fam.	b) 200,00 Euro einmalige Unterstützung für den Eingriff in öffentlichen Strukturen. Die Unterstützungsbeiträge sind für folgende ambulant chirurgische Eingriffe vorgesehen:
		<ul style="list-style-type: none"> • Korrektur der Hammerzehe; • Operation des Karpaltunnelsyndroms; • Ausschälung der Schleimbeutelentzündung mit Korrektur des weichen Gewebes und korrigierende Osteotomie des Hallux Valgus; • Katarakt-Operation mit oder ohne Implantierung einer intraokularen Linse; • Behandlung der Krampfadern: Abbinden und stripping der Krampfadern der unteren Gliedmaße; ministripping (Varizektomie) der Krampfadern der unteren Gliedmaße, endovaskuläre Entfernung der Varizen mit Laser;

Augenchirurgie

10. Korrekturingriff mittels Ecimer-Laser	Mitgl.	50% des Rechnungsbetrages mit einem Höchstbetrag von 1.000,00 Euro für nachstehend angeführte Laserbehandlungen oder Therapien:
	Fam.	Der angeführte Höchstbetrag wird nur einmal pro Person ausgezahlt, sowohl bei einem Eingriff auf einem als auch bei einem Eingriff auf beiden Augen, auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Zum Zwecke der Unterstützung werden folgende Eingriffe als Ecimer-Laser-Eingriffe betrachtet:
		<ul style="list-style-type: none"> • Laserchirurgie der Hornhaut zu therapeutischen Zwecken zur vollständigen Behandlung oder Korrektur mittels Ecimer-Laser von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit. • laserunterstützte intrastomale Keratomileusis • photodynamische Therapie mit Verteporfin.

Kuren

11.1 Physiotherapeutische Behandlungen	Mitgl.	Dem Mitglied wird im Falle von Therapiezyklen aufgrund von Krankheit oder Unfall folgende Unterstützung gewährt:
	Fam.	a) 100 % des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket); b) 50 % der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 40,00 Euro pro Behandlung, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder als innerbetriebliche freiberufliche Tätigkeiten in öffentlichen Krankenhäusern. Die Unterstützung wird für maximal zwei Behandlungen pro Kalenderjahr anerkannt.
11.2 Thermalkuren	Mitgl.	a) 100 % des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)
	Fam.	b) 50 % der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 60,00 Euro pro Therapiezyklus. Die Unterstützung wird bis maximal einem Zyklus pro Kalenderjahr anerkannt. c) 50 % der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 60,00 Euro für die fachärztliche Visite in der Thermalstruktur; jede andere Leistung muss separat von der Visite angegeben sein.
11.3 Logopädische rehabilitative Therapien	Mitgl.	Dem Mitglied wird im Falle von logopädischen rehabilitativen Therapien 50% der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 25,00 Euro pro Behandlung rückvergütet.
	Fam.	Die Unterstützung wird vorbehaltlich Verschreibung eines Facharztes für maximal 150,00 Euro pro Kalenderjahr anerkannt.
11.4 Onkologische Behandlungen	Mitgl. Fam.	30,00 Euro für jeden Behandlungstag der Strahlentherapie, Chemotherapie oder der onkologischen Behandlung;

Prothesen

12.1 Sehhilfen	Mitgl.	50 % des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von 150,00 Euro für ein Paar Brillengläser (inkl. Fassung) oder Kontaktlinsen. Sehhilfen werden in einem Zeitraum von vier Jahren nur einmal rückerstattet, reduziert auf ein Jahr, sofern der Facharzt feststellt, dass sich das Sehvermögen um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat. Voraussetzung für die Rückvergütung ist die Verschreibung eines Facharztes oder des Augenoptikers mit Angabe der Pathologie oder der Höhe der Dioptrien.
	Fam.	
12.2 Prothesen und sanitäre Hilfsmittel	Mitgl.	50% des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von 200,00 Euro im Kalenderjahr für die nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit, die Korrektur körperlicher Fehlbildungen gezahlt:
	Fam.	a) Stützgeräte für Fußgelenk, Beine, Knie und Hüfte.

- b) Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte.
- c) Schuheinlagen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützieder, Geradehalter für die Schulter, Halskrausen, Halsstützen;
- e) Hilfsmittel zum Gehen: Krücken, 3-Punkte Stöcke, 4-Punkte-Stücke, Stabilisatoren für die Statik in aufrechter Haltung, Stabilisatoren für die Statik in liegender Stellung;
- f) Hilfsmittel für die Mobilität: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitstuhl;
- g) Hörgeräte;
- h) Traditionelle oder modulare Prothesen für untere Gliedmaßen, die mit Körperenergie funktionieren;
- i) Prothesen für obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperenergie funktionieren;
- j) Prothesen für Kehlkopfektomisierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, zwei pro Kalenderjahr.
- k) Physiognomische Prothesen: Externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen.
- l) Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Heilbehelfen oder Prothesen muss durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt werden, in der auch die entsprechende Pathologie angegeben wird.

Schwangerschaft und Mutterschaft

		Das Mitglied hat während der bestehenden Schwangerschaft Anrecht auf folgende Leistungen: Klinisch-chemische Analysen und gynäkologische Echographien:
		<ul style="list-style-type: none"> a) 100 % des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket); b) 50 % des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von 40,00 Euro bei privaten Strukturen oder innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit.
		Instrumentelle Hochdiagnostik, Hochspezialisierung, Fruchtwasseruntersuchung und die Chorionzottenbiopsie (Villocentesi), sowie sonstige vom Frauenarzt für notwendig erklärte Untersuchungen, die vom staatlichen Gesundheitsdienst im Verzeichnis aufgenommen sind, in folgendem Ausmaß:
13.1 Zeitraum der Schwangerschaft	Mitgl. Fam.	<ul style="list-style-type: none"> a) 100 % des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket); b) 50 % des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von 60,00 Euro bei privaten Strukturen oder innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit.
		In Ergänzung zum Punkt 2 (fachärztliche Untersuchungen), werden vier weitere Untersuchungen der Spezialisierung Gynäkologie in folgendem Ausmaß berücksichtigt:
		<ul style="list-style-type: none"> a) 100 % des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket); b) 50 % des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von 40,00 Euro bei privaten Strukturen oder innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit.
13.2 Abwesenheit wegen Risikoschwangerschaft	Mitgl.	8,00 Euro pro Tag nach Überschreitung von 30 aufeinanderfolgenden Tagen für die gesamte Dauer der Schwangerschaft.
14. Mutterschaft	Mitgl. Fam.	60,00 Euro für jeden Tag des stationären Aufenthaltes bis maximal 10 Tage . Anspruch auf die Unterstützung besteht dann, wenn die Geburt nach der 24. Schwangerschaftswoche erfolgt.

Hauskrankenpflege

15.1 Unterstützung für Hauskrankenpflege	Mitgl. Fam.	12,00 Euro pro Stunde bis zu maximal 104 Stunden pro Kalenderjahr, im Falle von vorübergehenden oder permanenten durch Behinderung verursachten Krankheiten, bei denen Behandlungen zu Hause notwendig sind.
15.2 Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium	Mitgl. Fam.	2.000,00 Euro in den letzten sechs Lebensmonaten für ärztliche Einsätze und Behandlungen, die zu Hause durchgeführt werden.

Sozioökonomische Unterstützungen

16. Volle Erwerbsunfähigkeit	Mitgl.	Dem Mitglied, dem die volle körperliche oder geistige, von den Ärzten der dafür zuständigen Körperschaften festgestellte vollständige bleibende Invalidität zuerkannt wurde, die eine absolute und dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirkt, wird eine einmalige Unterstützung in folgender Höhe zuteil:
		<ul style="list-style-type: none"> a) 3.000 Euro, für das Mitglied im Alter unter 35 Jahren zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen bleibenden Invalidität; b) 2.000 Euro, für das Mitglied im Alter über 35 Jahren zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen bleibenden Invalidität;

17. Todesfall	Mitgl.	Im Falle des Todes des Mitglieds hat die Familie Anspruch auf einen Unterstützungsbeitrag für die Beerdigungskosten in folgender Höhe: a) 3.000 Euro , wenn das verstorbene Mitglied das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; b) 2.000 Euro , wenn das verstorbene Mitglied das 35. Lebensjahr vollendet hat;
	Fam.	Im Falle des Todes des anspruchsberechtigten Familienmitglieds hat das Mitglied Anspruch auf einen Unterstützungsbeitrag für die Beerdigungskosten in folgender Höhe: a) 1.000 Euro , wenn das verstorbene Mitglied das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; b) 500 Euro , wenn das verstorbene Mitglied das 35. Lebensjahr vollendet hat;

Die Übersichtstabelle stellt die Zusammenfassung der Leistungen dar, für eine korrekte Auszahlung der Leistung muss auf die Durchführungsbestimmung des Fonds Bezug genommen werden.