

Vertragsgrundlage 050

Tarifgruppe B-U: Tarif BN1/1-U

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Seite 1 von 2

Teil III: Krankheitskostentarif zur Beihilfeergänzung für Versicherte in der Tarifgruppe B-U und Tarifgruppe B-N

| | | |
|---|---|--|
| Tarife und mögliche Tarifkombinationen | Diese Tarife können nur zusammen mit Tarifen der Tarifgruppe B-U oder Tarifgruppe B-N vereinbart werden. Dabei muss gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung bestehen. Es kann nur der Tarif gewählt werden, dessen | beide letzten Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des gleichzeitig bestehenden Tarifes BS-U, BSG-U bzw. BS-N, BSG-N übereinstimmen, z.Bsp Tarif BN1/1 50-U mit Tarif BS 50-U. |
| A Leistungen des Versicherers | <p>Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils geltenden Beihilferegelung und von Versicherungsleistungen aus den Tarifen BS-U, BSG-U, BZ-U, BS-N, BSG-N, BZ-N verbleibende Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnisses, sofern Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS-U, BSG-U bzw. BS-N, BSG-N gegeben ist,</p> <p>b) für ärztliche und zahnärztliche Leistungen (sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS-U, BSG-U, BZ-U bzw. BS-N, BSG-N, BZ-N gegeben ist), in Erweiterung der Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" ohne vorherige Zusage, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte abgerechnet wurde. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten, die sich aus der Vereinbarung gemäß § 2 der GoÄ/GoZ ergeben und über den in §5 Abs.1 GoÄ/ GoZ genannten Gebührenehöchstsatz hinausgehen.</p> <p>c) Hilfsmittel,</p> <p>- im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens des Tarifs BS-U, BSG-U bzw. BS-N, BSG-N, sofern Erstattungsfähigkeit nach den jeweiligen Tarifen gegeben ist.</p> <p>- nach der gültigen Beihilferegelung, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach den Tarif BS-U, BSG-U bzw. BS-N, BSG-N wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist.</p> <p>d) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Erstattungsfähigkeit der Tarifgruppe B-U bzw Tarifgruppe B-N;</p> | <p>e) Die Erstattung von Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste I genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.</p> <p>f) Rücktransporte und Überführungskosten</p> <p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Andernfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären - höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro - erstattet.</p> <p>Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.</p> |
| B Kur und Sanatorium | Bei einer ärztlich verordneten Kur und Sanatoriumsbehandlung wird ein Tagegeld längstens für die Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren gezahlt. Das Tagegeld beträgt bei Kurbehandlung | lung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kur- oder Badeort 22,00 Euro, bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) 35,00 Euro. |
| C Eigenbehalt / Selbstbeteiligungen | 1. In der jeweils geltenden Beihilferegelung vorgesehene Eigenbehalte (wie z.B. Minderung der Beihilfe oder der beihilfefähigen Aufwendungen) sind nicht erstattungsfähig. | 2. Besteht über den Tarif BSG-U,bzw. BSG-N hinaus eine Ergänzungsversicherung in diesem Tarif, ist die in den Tarifen BSG-U/BSG-N vereinbarte Selbstbeteiligung im Rahmen dieses Tarifs nicht erstattungsfähig. |
| D Versicherungs-fähigkeit | Versicherungsfähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden. Eine Aufnahme in diese Ergänzungsversicherung kann nur erfolgen, wenn gleichzeitig Tarife für ambulante und für | stationäre Heilbehandlung (mit allgemeinen Krankenhausleistungen) sowie für zahnärztliche Behandlung der Tarifgruppe B-U bzw. Tarifgruppe B-N bestehen oder abgeschlossen werden. Versicherungsfähig sind Versicherte, die nach den für sie jeweils geltenden Beihilfevorschriften mehr als 40 % der Kosten gesondert berechneter Material- und Laborkosten erhalten. |
| E Ende des Ergänzungstarifs | Endet einer der Tarife BS-U, BSG-U, BZ-U, BS-N, BSG-N, BZ-N, endet gleichzeitig der Ergänzungstarif. | |

| | | |
|---|---|--|
| F Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte | <p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100 % der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt.</p> | <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, - für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und - der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.</p> <p>Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p> |
| G Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung | <p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> | <p>Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p> |

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012) sowie jeweils vereinbarten Teil III der AVB der Tarifgruppe B-U (Tarife BS-U, BSG-U, B3-U, BZ-U) sowie der Tarifgruppe B-N (Tarife BS-N, BSG-N, B3-N, BZ-N).

Gültig ab 12/2012