

Vertragsgrundlage 044

Tarifgruppe B-U: Tarif BSG 15-70-U

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Seite 1 von 3

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung für Beihilfeberechtigte

Tarife und Erstattungssätze	Tarife	Erstattungssatz	Tarife	Erstattungssatz	Tarife	Erstattungssatz
	BSG 70-U	70 %	BSG 50T-U	50 %	BSG-30-U	30 %
	BSG 65-U	65 %	BSG 45-U	45 %	BSG-25-U	25 %
	BSG 60-U	60 %	BSG 40-U	40 %	BSG-20-U	20 %
	BSG-55-U	55 %	BSG 35-U	35 %	BSG-15-U	15 %
	BSG-50-U	50 %				

Die tarifliche Leistung wird je versicherte Person und je Kalenderjahr um eine Selbstbeteiligung gekürzt. Die Selbstbeteiligung beträgt in Euro:

In den Tarifen	für Jugendliche und Erwachsene	für versicherte Kinder bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahres vollendet wird
BSG 70-U	385,00	192,50
BSG 65-U	357,50	178,75
BSG 60-U	330,00	165,00
BSG 55-U	302,50	151,25
BSG 50-U	275,00	137,50
BSG 50T-U	275,00	137,50
BSG 45-U	247,50	123,75
BSG 40-U	220,00	110,00
BSG 35-U	192,50	96,25
BSG 30-U	165,00	82,50
BSG 25-U	137,50	68,75
BSG 20-U	110,00	55,00
BSG 15-U	82,50	41,25

Besteht über den Tarif BSG-U hinaus eine Ergänzungsversicherung (Tarife BN1-U, BN2-U) ist die in den Tarifen BSG-U vereinbarte Selbstbeteiligung im Rahmen der Ergänzungsversicherung nicht erstattungsfähig.

A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den jeweiligen versicherten Prozentsätzen (s.o.).	
B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p>Von den erstattungsfähigen Aufwendungen zahlt der Versicherer</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmittel.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker außer Psychotherapie.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für die erste bis zur 30. Therapiesitzung und</p> <p>80% des versicherten Prozentsatzes ab der 31. Therapiesitzung erstattet.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung).</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit</p>	<p>entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p>80% des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostomaartikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.

Fortsetzung B	<p>100% des versicherten Prozentsatzes für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe im folgenden Rahmen: a) Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600,00 Euro gezahlt, b) Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700,00 Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000,00 Euro gezahlt.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z. Bsp. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate).</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Heilmittel, gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Sozialpädiatrie und Frühförderung.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Soziotherapie.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage.</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes für häusliche Krankenpflege (bitte setzen Sie sich vor Inan-</p>	<p>spruchnahme der Leistung mit uns in Verbindung).</p> <p>100% des versicherten Prozentsatzes der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>80% des versicherten Prozentsatzes für Serienfahrten bei Strahlentherapie/Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächstgelegenen geeigneten Therapieeinrichtung. 100% bei Organisation durch den Versicherer.</p>
C Selbstbeteiligung	<p>Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p>	<p>Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen entsprechend dem versicherten Prozentsatz.</p>
D Gebührenordnung	<p>Es gelten die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung. In Erweiterung von Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnung" werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet,</p>	<p>wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurde.</p>
E Versicherungsfähigkeit	<p>Versicherungsfähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des</p>	<p>öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.</p>
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>Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p>	<p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: - 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). Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. 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. Die Versicherung in Tarif BSG 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif BSG 30-N umgestellt, spätestens zum Ersten des folgenden Kalenderjahres, in dem der Versicherte die gesetzliche Altersgrenze für den Ruhestand erreicht. Die bisher erworbenen Rechte und die Altersrückstellung werden angerechnet.</p>

G Umwandlungsoption**1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption**

Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option zu den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen Tarif mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden. Weitere Voraussetzungen dieser Option sind, dass in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht. Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und / oder den Neuabschluss bzw. die Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist. Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.

Diese Option gilt nicht

- a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder
- b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100 % liegt.

2. Ereignisse für die Inanspruchnahme der Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung
Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:

- a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;
- b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.
- c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person - allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag;
- d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);
- e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;
- f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kinder-nachversicherung versichert wurden.

3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen

Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:

- a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.
- b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
- c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

H Bonifikation**1. Beitragsrückerstattung**

Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.

2. Verhaltensbonus

Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann

der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikationen werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.

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).

Gültig ab 10/2013