

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif BE2 mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Juni 2022 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Vorwort

Die grundsätzliche Höhe der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Beihilfefähigkeitssatz) ist in den Beihilfevorschriften unterschiedlich geregelt. Daher sieht der Tarif BE2 zwei Stufen (S1 und S2) mit darauf abgestimmten Leistungsansprüchen in Abschnitt II A Nr. 2 vor. Die Tarifbezeichnung BE2 wird um den Zusatz S1 oder S2 erweitert:

BE2/S1 für versicherte Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen grundsätzlich zu 60 % beihilfefähig sind, oder für Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen grundsätzlich zur Hälfte beihilfefähig sind

BE2/S2 für versicherte Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen grundsätzlich zu 40 % beihilfefähig sind

Der auf die unterschiedlichen Beihilfefähigkeitssätze abgestimmte Leistungsanspruch in den einzelnen Stufen erfordert unterschiedlich hohe Beiträge.

I. Beiträge (Monatsraten gemäß § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

A. Aufwendungsersatz

Es werden unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Versicherungsleistungen der Debeka verbleibende Aufwendungen *) erstattet für:

1 Ohne Text

2 Besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

2.1 Zur Anrechnung von Ansprüchen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften für zahntechnische Leistungen gelten folgende Bestimmungen:

2.1.1 Die gewährte Beihilfeleistung ist anhand des Beihilfebescheides nachzuweisen, aus dem auch die grundsätzliche Höhe der Beihilfefähigkeit (Beihilfefähigkeitssatz) der Aufwendungen für zahntechnische Leistungen hervorgehen muss.

2.1.2 Stimmt der im Beihilfebescheid angegebene Beihilfefähigkeitssatz mit dem Beihilfefähigkeitssatz, der der vereinbarten Stufe des Tarifs BE2 zugrunde liegt (s. Abschnitt III Nr. 1.2), überein oder ist er höher, wird die tatsächlich gewährte Beihilfeleistung angerechnet (Regelfall).

2.1.3 Ist der tatsächliche Beihilfefähigkeitssatz niedriger als der Beihilfefähigkeitssatz, der der vereinbarten Stufe des Tarifs BE2 zugrunde liegt (s. Abschnitt III Nr. 1.2), wird abweichend von Nummer 2.1.2 statt der gewährten Beihilfeleistung eine nach Nummer 2.1.4 zu ermittelnde fiktive Beihilfeleistung angerechnet.

2.1.4 Die fiktive Beihilfeleistung wird ausgehend vom Beihilfebescheid ermittelt, indem der tatsächliche Beihilfefähigkeitssatz durch den Beihilfefähigkeitssatz ersetzt wird, der der vereinbarten Stufe des Tarifs BE2 (s. Tabelle zu Abschnitt III Nr. 1.2) zugrunde liegt.

*) Soweit Beihilfevorschriften eine Selbstbeteiligung (z. B. als Eigenbehalte, Selbstbehalte, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) vorsehen, gehört diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

2.2 Verbleibende Aufwendungen werden wie folgt erstattet:

in Stufe	für jedes Kalenderjahr bis zu	für das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und für die beiden folgenden Kalenderjahre zusammen bis zu
BE2/S1	4.100 EUR	1.500 EUR
BE2/S2	6.150 EUR	2.250 EUR

Die Aufwendungen gelten im Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

3 Ohne Text

4 Heilbehandlung im Ausland

Bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall

4.1 Ambulante und stationäre Heilbehandlung

4.2 Medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus

4.3 Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 5.500 EUR Versicherungsleistungen

4.4 Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären

Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat.

5 Anschaffung, Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung beihilfefähiger Hilfsmittel (außer Brillen, vgl. Nr. 6.1 bis 6.3), Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke bis zur beihilfefähigen Höhe

6 Brillen

6.1 Brillen (Brillengestelle und Brillengläser), sofern sie nach den jeweiligen Beihilfevorschriften beihilfefähig sind, bis zur beihilfefähigen Höhe

6.2 Sofern Beihilfevorschriften keine Beihilfefähigkeit für Brillen vorsehen, werden bei Aufwendungen – für maximal zwei Brillengläser im Kalenderjahr – Leistungen für Einstärkengläser bis zu

30 EUR je Glas und für Mehrstärkengläser bis zu 75 EUR je Glas erbracht.

6.3 Wurden für ein Kalenderjahr bereits Aufwendungen nach Nr. 6.1 erstattet, besteht für das gleiche Kalenderjahr keine Leistungspflicht nach Nr. 6.2. Gleiches gilt auch im umgekehrten Fall.

7 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

DiGA sind Anwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Verbleibende Aufwendungen für DiGA werden unter der Voraussetzung erstattet, dass der Versicherte eine Leistungszusage im Rahmen der Hauptversicherung nach Tarif P erteilt hat.

Etwaige Kürzungen der Erstattungsleistung durch die Beihilfe bleiben hierbei unberücksichtigt.

B. Krankenhaustagegeld

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen gemäß § 4 Abs. 4 und 5 MB/KK 2009 sowie bei stationärer Entbindung wird ein Krankenhaustagegeld von 13 EUR für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt, sofern nicht Leistungen nach C zu zahlen sind.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

C. Kur- und Sanatoriumstagegeld

Bei ärztlich verordneter Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird ein Tagegeld gezahlt, und zwar innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren insgesamt bis zu vier Wochen. Als drei aufeinander folgende Kalenderjahre gelten das Jahr der Kur- bzw. der Sanatoriumsbehandlung und die beiden vorangegangenen Jahre.

Das Tagegeld beträgt

- bei Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kurort 11 EUR,
- bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) gemäß § 4 Abs. 4 und 5 MB/KK 2009 22 EUR.

III. Tarifbedingungen

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig sind mit ihren Familienangehörigen alle aktiven und pensionierten Beamten, Angestellten und Arbeiter des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der kommunalen Verbände und der Körperschaften des öffentlichen Rechts, wenn sie bei der Debeka dergestalt nach den Tarifen P und Z versichert sind, dass Erstattungsprozentsatz und Beihilfebemessungssatz zusammen gerechnet „100“ ergeben.

1.2 Die in Nummer 1.1 genannten Personen können je nach Beihilfefähigkeitssatz der Aufwendungen für zahntechnische Leistungen in den nachfolgenden Stufen des Tarifs BE2 versichert werden:

in Stufe	zu Grunde liegender Beihilfefähigkeitssatz
BE2/S1	60 %
BE2/S2	40 %

In der Stufe BE2/S1 können auch Personen mit folgendem Beihilfefähigkeitssatz versichert werden: Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind grundsätzlich zur Hälfte beihilfefähig.

1.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, bei der Einstufung mitzuwirken. Er hat die persönlichen Voraussetzungen für den Beihilfeanspruch bei Vertragsabschluss und Vertragsänderung mitzuteilen.

1.4 Die in Nummer 1.1 genannten Personen müssen nach ihrem Gesundheitszustand versicherungsfähig sein. Die Aufnahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

2 Beitragsfestsetzung

2.1 Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

2.2 Der Beitrag für Kinder der Altersgruppe bis 19 Jahre gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden; vom folgenden Monatsersten an wird der niedrigste Erwachsenenbeitrag erhoben.

Für weiterhin im Familienzuschlag des beihilfeberechtigten Eltern teils berücksichtigungsfähige Kinder wird der Beitrag für Kinder nach der Altersgruppe ab 20 Jahre erhoben, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Diese Frist verlängert sich ggf. um den in § 2 Abs. 3 Bundeskindergeldgesetz (z. B. wegen Grundwehr- und Zivildienst) vorgesehenen Verlängerungszeitraum. Bei Wegfall dieser Voraussetzungen ist der Erwachsenenbeitrag zum erreichten tariflichen Alter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr) vom folgenden Monatsersten an zu zahlen.

3 Leistungsanpassung

Betragsmäßige Leistungsbegrenzungen und Tagegelder können der Kostenentwicklung angepasst werden, sobald Beitragsänderungen (Nummer 7.12) in Kraft treten. Die Änderung einzelner Tarifbestimmungen ist mit Zustimmung des Treuhänders zulässig, wenn die Kostenentwicklung dies im Interesse der Versicherten angezeigt erscheinen lässt.

4 Änderungen des Beihilfeanspruchs

4.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Änderungen des Beihilfebemessungssatzes und/oder des Beihilfefähigkeitssatzes der Aufwendungen für zahntechnische Leistungen unverzüglich anzuzeigen.

4.2 Ändert sich der Beihilfefähigkeitssatz der Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine Umstufung in die dann zutreffende Stufe (S1 oder S2) des Tarifs BE2. Bei Antragstellung innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung nimmt der Versicherer die Umstufung noch rückwirkend zum 1. des Monats vor, in dem die Änderung eingetreten ist. Eine erneute Risikoprüfung entfällt; erneute Wartezeiten sind nicht abzuleisten. Bei nicht fristgemäßem Antrag stuft der Versicherer zum 1. des Monats um, der auf den Eingang des Antrags folgt. Wird der Versicherungsschutz durch die Umstufung nach Satz 4 erhöht, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

5 Beitragsrückerstattung

5.1 An einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) ist jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten (BBA) versicherte Person teilnahmeberechtigt, die die Voraussetzungen nach Nr. 5.1.1 bis 5.1.3 erfüllt.

5.1.1 **Leistungsfreiheit:** Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Versicherungsleistungen des Vereins gezahlt.

5.1.2 **Beitragszahlung:** Die für das abgelaufene Kalenderjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet.

5.1.3 **Weiterbestehen der Versicherung:** Die Versicherung bestand vollbeitragspflichtig* oder nach den BBA bis zum 30. Juni des Folgejahres nach Tarifen fort, die eine BRE vorsehen; es sei denn, für die versicherte Person wurde die Versicherung nach dem 31. Dezember des abgelaufenen Kalenderjahres wegen Pflichtversicherung oder Tod geändert oder beendet.

5.2 Teilnahmeberechtigt sind auch im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherte für nicht ganzjährig versicherte Zeiten

- der Vereinbarung der BBA oder
- der erstmaligen Vollbeitragspflicht* in einem Tarif mit BRE, wenn für diese Zeiträume keine Versicherungsleistungen des Vereins gezahlt wurden und die Voraussetzungen der Nr. 5.1.2 und 5.1.3 erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

* Vollbeiträge sind nicht: Kinder-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge

6 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der Debeka festgelegt.

7 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

7.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt der Versicherungsschutz auch außerhalb Europas ohne besondere Vereinbarung.

7.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

7.3 Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes
Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft wird ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann geleistet, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

7.4 Zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Wartezeitverzicht
Bei Wechsel zwischen den Stufen S1 und S2 wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten und auf die Anzahl der Kalenderjahre nach Abschnitt II A Nr. 2.2 angerechnet.

Bei Versicherungsleistungen nach Abschnitt II A Nr. 4 verzichtet die Debeka auf die Wartezeit.

7.5 Zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009: Wartezeiten
Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

7.6 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Medizinische Versorgungszentren

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

7.7 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneien gelten nicht Geheimmittel, Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

7.8 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht

§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

7.9 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein.

7.10 Zu §§ 8 Abs. 1 und 5, 13 Abs. 1 und 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

7.11 Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009: Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 1 EUR.

7.12 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von der Debeka überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit von mehr als 5 % kann die Debeka alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat die Debeka alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

7.13 Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009: Mitgabe des Übertragungswertes
Für Versicherte mit einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag besteht das Recht, innerhalb des Unternehmens aus einem Tarif ohne kalkulierten Übertragungswert in diesen Tarif „mit kalkuliertem Übertragungswert“ oder „ohne kalkulierten Übertragungswert“ zu wechseln. Hierfür müssen die Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein.

Für Versicherte, die nach Satz 1 in einen Tarif mit kalkuliertem Übertragungswert gewechselt sind, gilt bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 entsprechend.

7.14 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes
Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

8 Ende der Versicherung

Die Versicherung nach diesem Tarif endet – unbeschadet der §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 – mit Wegfall der in Nummer 1.1 bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

IV. Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten Tarif BE2

1. Für Personen in der Berufsausbildung (nicht Schüler und Studenten), die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine Vergütung nach einem Tarifvertrag erhalten – ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen –, sowie für deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz können diese Besonderen Bedingungen vereinbart werden.

2. Versicherungsleistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen werden nicht gezahlt.

3. Die in § 3 MB/KK 2009 vorgesehenen Wartezeiten werden erlassen.

4. Zur Berechnung der Beiträge bei Versicherungen mit den Besonderen Bedingungen A gilt als tarifliches Lebensalter bei Abschluss, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag zu zahlen.

5. Mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsausbildung endet, spätestens jedoch vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 39. Lebensjahres folgt, fallen diese Besonderen Bedingungen für alle versicherten Personen weg; der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten tariflichen Alter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr). Das Gleiche gilt, wenn die Berufsausbildung vorzeitig aufgegeben oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird, sowie für den mitversicherten Ehegatten oder den mitversicherten Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, wenn dieser eine Berufstätigkeit aufnimmt.

6. Das Mitglied ist verpflichtet, die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen (Nummer 5) der Debeka innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

7. Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung um den Zusatz „A“ ergänzt.