

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II und III Basiszusatztarif für stationäre Krankenhausbehandlung für Beihilfeberechtigte

Tarif BZB

- Stand: 1. Januar 2024 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen

Nr. 1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Abs. 1 MB/KK 2009)

(1) Aufnahme- und versicherungsfähig sind mit ihren Familienangehörigen alle aktiven und pensionierten Beamten, Richter, Soldaten, Angestellten und Arbeiter des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der kommunalen Verbände und der Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen, sofern sie ihren Wohnsitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet (Beitrittsgebiet) haben.

Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versicherte Personen sind nicht aufnahme- und versicherungsfähig.

(2) Nach Tarifstufe BZB30 + BZB20 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30 % durch Umstellung in die Tarifstufe BZB30. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemesungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Tarifstufe BZB30 + BZB20 die Tarifstufe BZB50 zu wählen.

Sollte die Umstellung in die Tarifstufe BZB30 mit dem Erreichen des 67. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe BZB50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

(3) Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 (Neugeborene) bleibt unberührt.

Nr. 2 Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland (zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009)

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

Nr. 3 Wartezeiten (zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009)

(1) Die Möglichkeit des Erlasses der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung besteht. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(2) Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

Nr. 4 Medizinische Versorgungszentren (zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009)

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.

Nr. 5 Einschränkung der Leistungspflicht (zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009)

§ 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.

Nr. 6 Nachweise (zu § 6 Abs. 1 und 3 MB/KK 2009)

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.

Die Belege der Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(2) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.3. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

(3) Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie ggf. die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

(4) Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind.

Nr. 7 Kosten (zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2009)

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisung in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

Nr. 8 Wechselkurs

(zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2009)

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

Nr. 9 Nicht zu Recht geleistete Zahlungen

(zu § 6 MB/KK 2009)

Sind Zahlungen geleistet worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grunde vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung auch dann verpflichtet, wenn der Vertrag nicht mehr besteht.

Nr. 10 Eintrittsalter

(zu § 8 a MB/KK 2009)

(1) Die Höhle des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr.

(2) Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres den niedrigsten Erwachsenenbeitrag.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis zu führen.

Nr. 11 Mahnkosten

(zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009)

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 0,50 EUR.

Nr. 12 Meldung einer Krankenhausbehandlung

(zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009)

Auf die Meldung der Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 13 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(zu § 13 MB/KK 2009)

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des gleichen Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

Nr. 14 Vertragstrennung durch versicherte Personen

(zu § 13 Abs. 2 MB/KK 2009)

Versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhalt- nis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständiges Versicherungsverhalt- nis fortzusetzen.

Nr. 15 Mitgabe des Ubertragungswertes

(zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009)

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.

Nr. 16 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes

(zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009)

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

Nr. 17 Anpassungsvorschriften

(zu § 8 b MB/KK 2009)

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 vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhandlers 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 der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhandlers 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 der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhandlers anzupassen.

Nr. 18 Änderungen des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum 1. des Monats, in dem die Änderung eintritt, an.

Bei nicht fristgemäßer Beantragung erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Nr. 19 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 VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Nr. 20 Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten

(1) Für Personen in der Berufsausbildung, die weder Dienstbezug nach einer Besoldungsordnung noch eine Vergütung nach einem Tarifvertrag erhalten, sowie für deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz können diese Besonderen Bedingungen vereinbart werden, für Schüler und Studenten jedoch erst nach Vollendung des 20. Lebensjahres.

(2) Es gelten die Beiträge der Tarifstufen mit angehängtem A.

(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 34. Lebensjahres folgt, fallen diese Besonderen Bedingungen für alle versicherten Personen weg; der Beitrag richtet sich nach dem 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) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen gemäß (5) dem Versicherer innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

Nr. 21 Ende der Versicherung

Die Versicherung nach diesem Tarif endet – unabhängig von den Bestimmungen der §§ 13-15 MB/KK 2009 – mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit (s. Teil II Nr. 1 Abs. 1 Satz 2).

Teil III Tarif

Nr. 1 Leistungen des Versicherers

Anmerkung zum tariflichen Leistungsrahmen des Abs. 1

Für die dort genannten Gebührensätze ist maßgeblich die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. 1996 I S. 210).

(1) Erstattung der Aufwendungen für die Wahlleistung privatärztliche Behandlung bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung mit folgenden Prozentsätzen:

<u>Tarifstufe</u>	<u>Erstattungssatz</u>
BZB30 + BZB20	50%
BZB50	50%
BZB30	30%
BZB20	20%
BZB10	10%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ausnahme: Die ärztlichen Leistungen nach den GOÄ-Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz, die nach GOÄ-Abschnitt M und GOÄ Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz erstattet.

(2) Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale

<u>nach Tarifstufe</u>	<u>in Höhe von</u>
BZB30 + BZB20	80,00 EUR
BZB50	80,00 EUR
BZB30	48,00 EUR
BZB20	32,00 EUR
BZB10	16,00 EUR

gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.

(3) Ersatzleistung

Wird auf die Kostenerstattung der privatärztlichen Behandlung verzichtet, zahlen wir je Tag der stationären Heilbehandlung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld:

<u>nach Tarifstufe</u>	<u>in Höhe von</u>
BZB30 + BZB20	3,00 EUR
BZB50	3,00 EUR
BZB30	1,80 EUR
BZB20	1,20 EUR
BZB10	0,60 EUR

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Nr. 2 Beiträge

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