

Tarif EB

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Beihilfeergänzungsversicherung nach dem Tarif EB

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.03.2014

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu dem Tarif COMFORT-B der Continentale Krankenversicherung a.G. vereinbart werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs COMFORT-B (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen) finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch für laufende Versicherungsfälle mit Vereinbarung der Tarfstufe COMFORT-B/100 oder mit Beendigung des Tarifs COMFORT-B.

2. Tarifstufen

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch und Beihilfeträger nach folgenden Tarifstufen zu vereinbaren:

EB/5	EB/55
EB/10	EB/60
EB/15	EB/65
EB/20	EB/70
EB/25	EB/75
EB/30	EB/80
EB/35	EB/85
EB/40	EB/90
EB/45	EB/95
EB/50	

Der Prozentsatz der Tarfstufe (Zahl hinter dem Schrägstrich) muss dem Beihilfebemessungssatz für ambulante Behandlungen entsprechen. Die nachfolgenden Kurzbezeichnungen werden dem Prozentsatz der jeweils vereinbarten Tarfstufe vorangestellt (z.B. EB-BU/70).

Kurzbezeichnung	Beihilfevorschrift: Bund / Bundesland
BU	Bund
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BE	Berlin
BB	Brandenburg
HB	Bremen
HH	Hamburg
HE	Hessen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen

Kurzbezeichnung	Beihilfevorschrift: Bund / Bundesland
NW	Nordrhein-Westfalen
RP	Rheinland-Pfalz
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SH	Schleswig-Holstein
TH	Thüringen

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz entsprechend angepasst. Der Zeitpunkt und die Gründe für die Änderung des Anspruchs auf Beihilfe sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

a) Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten erhöht, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Erhöhung des Anspruchs auf Beihilfe gestellt wird und die Erhöhung des Versicherungsschutzes nicht umfassender ist als die Erhöhung des Beihilfeanspruchs. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tarifierhöhung oder Tarifwechsel) werden angewendet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten nur zum 1. des Monats, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe erhöht, beantragt werden.

b) Verminderung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird zum 1. des Monats vermindert, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe vermindert. Voraussetzung ist, dass die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach der Verminderung des Anspruchs auf Beihilfe bei dem Versicherer eingeht. Erfolgt die Anzeige nach Ablauf der sechs Monate, wird die Verminderung des Versicherungsschutzes zum 1. des Monats wirksam, der auf die Anzeige beim Versicherer folgt. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, wenn der Versicherer auf sonstige Weise Kenntnis von der Verminderung erlangt.

Die Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung des Versicherungsschutzes an mit dem neu vereinbarten Prozentsatz erbracht.

4. Wechsel des Beihilfeträgers

a) Anzeige innerhalb von sechs Monaten

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten anzuzeigen, wenn ein Wechsel des Beihilfeträgers stattfindet. Erfolgt die Anzeige innerhalb dieser Frist, wird der Wechsel in die zutreffende Tarilstufe zum 1. des Monats vorgenommen, zu dem der Wechsel des Beihilfeträgers erfolgt.

b) Anzeige nach Ablauf von sechs Monaten

Zeigt der Versicherungsnehmer den Wechsel des Beihilfetragers nach Ablauf von sechs Monaten an oder erlangt der Versicherer auf andere Weise Kenntnis vom Wechsel des Beihilfetragers, wird der Wechsel in die zutreffende Tarifstufe zum 1. des Monats vorgenommen, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige, ist der Versicherer bis zu dem Zeitpunkt von der Verpflichtung zur Leistung frei, zu dem der Wechsel in die zutreffende Tarifstufe erfolgt.

Bei einem Wechsel des Beihilfetragers sind die Beiträge der dann gewählten Tarifstufe und nach dem dann erreichten Alter unter Anrechnung der bis dahin gebildeten Alterungsrückstellung zu entrichten.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsumfang

- a) Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet. Für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe des Bundeslandes Hessen gilt für stationäre Krankenhausbehandlung abweichend von Satz 2 der um maximal 15 Prozentpunkte erhöhte Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe.

Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn die nach Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten nicht beihilfefähig sind.

Sind die beihilfefähigen Aufwendungen höher als die nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten, besteht kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Für Beamte auf Widerruf und deren berücksichtigungsfähige Angehörige werden fiktiv beihilfefähige Aufwendungen für Zahnleistungen unterstellt, die für die Berechnung der Beihilfe für Beamte auf Lebenszeit Anwendung finden.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden nach der jeweils gültigen Beihilfeverordnung des Bundes oder eines Bundeslandes ermittelt.

- b) Wird die Beihilfe um Eigenbehalte oder Eigenbeteiligungen, die nach den Beihilfeverordnungen des Bundes oder eines Bundeslandes zu tragen sind, gemindert, werden diese – unabhängig von dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe – zu 100 % erstattet.
- c) Ändert sich die Höhe oder der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen durch Änderung der Beihilfeverordnungen, sind dadurch bedingte Mehrleistungen aus diesem Tarif versichert, es sei denn, der Versicherer schließt sie ausdrücklich vom Versicherungsschutz aus.

2. Leistungsbegrenzungen

- a) Besteht für die versicherte Person dem Grunde nach ein Sachleistungsanspruch gegenüber einem Dritten, erfolgt keine Erstattung nach diesem Tarif.
- b) Leistungen für Sehhilfen werden nur insoweit erbracht, als sie zusammen mit den Leistungen des Tarifs COMFORT-B und der Beihilfe die erstattungsfähige Höchstgrenze des Tarifs COMFORT-B nicht überschreiten.

Die Leistungsperiode, die nach Abschnitt B I 9 (Sehhilfen) des Tarifs COMFORT-B besteht, gilt auch für Kosten, die aus diesem Tarif für Sehhilfen erstattet werden. Dabei gleicht sich bei unterschiedlichem Versicherungsbeginn die Leistungsperiode dieses Tarifs an die laufende Leistungsperiode des Tarifs COMFORT-B an.

- c) Für Hilfsmittel, deren Kosten 1.000,– Euro übersteigen, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen für das Hilfsmittel nach Nr. 1 a zu 80 % erbracht.
- d) Die nach Nr. 1 a Satz 1 erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Leistungen sind ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person
- | | |
|---|------------------|
| – in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt | 2.500,– Euro und |
| – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt | 3.500,– Euro |
- begrenzt.
- Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr.
- Ab dem vierten Kalenderjahr sind die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Leistungen je Leistungsperiode auf insgesamt 10.000,– Euro begrenzt. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das vierte Kalenderjahr gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.
- Die erstattungsfähigen Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.
- Bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die Begrenzungen für erstattungsfähige Kosten nach den Sätzen 1 und 3. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.
- e) Für zahnärztliche Leistungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen für zahnärztliche Leistungen nach Nr. 1 a und 2 d zur Hälfte erbracht.
- f) Selbstbeteiligungen des Tarifs COMFORT-B und die Leistungsminderung bei Hilfsmitteln, wenn kein Kostenvoranschlag eingereicht wurde, sowie die Leistungsminderung bei Zahnersatz, wenn kein Heil- und Kostenplan eingereicht wurde, werden aus diesem Tarif nicht erstattet.
- g) Von der Beihilfe einbehaltene Kostendämpfungspauschalen, Beträge aufgrund von Kürzungen der Bezüge bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen sowie Bestattungskosten werden nicht erstattet.
- h) Kosten für
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
 - die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
 - Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden (Privatkliniken)
- werden aus diesem Tarif nicht erstattet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

Zusätzlich zu den in Abschnitt C 3 des Tarifs COMFORT-B genannten Leistungsunterlagen ist der Beihilfebewilligungsbescheid einzureichen.