

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Tarif INTER BeMed Zweibett

Stand 01.10.2026

Der Tarif INTER BeMed Zweibett (AVB Teil II) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen 2026 für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB Teil I).

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach dem Tarif INTER BeMed Premium versichert sind.

Die Versicherungsfähigkeit im Tarif INTER BeMed Zweibett endet mit Beendigung der Versicherung im Tarif INTER BeMed Premium.

B. Beihilfebemessungssatz

1. Vereinbarter Prozentsatz

Der Tarif INTER BeMed Zweibett umfasst komplementär zu den Beihilfebemessungssätzen gestaffelte Tarifstufen. Die jeweilige Tarifstufe ist so zu wählen, dass die zugehörigen prozentualen Erstattungssätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 Prozent ergeben.

Die vereinbarten Prozentsätze sind dem Versicherungsschein in Verbindung mit der Tarifangabe zu entnehmen, z.B. INTER BeMed Zweibett 30 (vereinbarter Prozentsatz 30%) bei einem Beihilfebemessungssatz von 70% für stationäre Heilbehandlung.

Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes zu verlangen.

2. Änderung des Beihilfebemessungssatzes, Wegfall des Beihilfeanspruchs

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der INTER jede Änderung des Beihilfebemessungssatzes sowie den Wegfall des Beihilfeanspruchs unverzüglich anzuzeigen.

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass die INTER den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Änderung gestellt, erfolgt die Vertragsänderung ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Änderung bzw. des Wegfalls des Beihilfeanspruchs.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z. B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z. B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

Wird eine Minderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs später als sechs Monate nach Eintritt dieser Ereignisse angezeigt, kann die Erhöhung des Versicherungsschutzes entsprechend des Ergebnisses einer Risikoprüfung nur nach den geltenden Annahmerichtlinien der INTER (ggf. gegen Risikozuschlag, Wartezeiten) erfolgen.

Ist die Summe aus dem Beihilfebemessungssatz und dem versicherten Erstattungssatz höher als 100%, beschränkt sich die Leistung der INTER – unabhängig von einer Anpassung des Versicherungsschutzes – höchstens auf den Erstattungssatz, der in Summe mit dem Beihilfebemessungssatz 100% ergibt.

C. Leistungen der INTER

Erstattungsfähige Aufwendungen und tariflicher Leistungsumfang

Die nachfolgend unter Nr. 1. und Nr. 2. aufgeführten Aufwendungen werden im **Umfang des versicherten prozentualen Erstattungssatzes** erstattet (tarifliche Erstattungsleistung):

1. Stationäre Heilbehandlung

a) Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Wahlleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) in der jeweils geltenden Fassung:

- Gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und
- gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle,

Bereitstellung eines Telefons und Benutzung eines Radio- und Fernsehgeräts.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/ KHEntgG bzw. nach der BpflV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

Können bei Unterkunft im Einbettzimmer die Kosten für ein Zweibettzimmer nicht nachgewiesen werden, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die durchschnittlichen Zweibettzimmerzuschläge des Bundeslandes, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

b) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.

Die Höhe des Ersatz-Krankenhaustagegeldes ergibt sich durch Anwendung des vereinbarten Prozentsatzes auf den Grundbetrag. Dieser beträgt täglich für die Dauer des Aufenthalts

- 50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag).
- 50 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag).
- 100 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Zweibettzimmer (Entlassungstag 50 EUR).

Für Kinder (0 - 15 Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen der Grundbetrag für das Ersatz-Krankenhaustagegeld die Hälfte der vorstehenden Sätze.

Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

c) Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Wahlleistungen nach a) bei einer sich an eine Krankenhausbehandlung anschließenden weiteren Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7.

Bei einer versicherten Anschlussrehabilitation besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

d) Entwöhnungsmaßnahmen

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen sowie gesondert berechenbare Unterkunft.

2. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Behandlung (Nr. 1) über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit diesen Aufwendungen eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

D. Sonstige Bestimmungen

Ruhen der Versicherung

Ein für den Tarif INTER BeMed Premium vereinbartes Ruhen der Versicherung erstreckt sich automatisch auch auf den Zusatztarif INTER BeMed Zweibett.