

Tarif KBBS für stationäre Heilbehandlung Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.01.2013

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers Die Leistungen des Versicherers betragen in den Tarifstufen

KBBS 50	50 %
KBBS 45	45 %
KBBS 40	40 %
KBBS 35	35 %
KBBS 30	30 %
KBBS 25	25 %
KBBS 20	20 %
KBBS 15	15 %

der Aufwendungen für

- 1. Allgemeine Krankenhausleistungen**
 - Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus sowie gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes als allgemeine Krankenhausleistungen.
 - Behandlung und Untersuchung durch Hebammen und Entbindungspfleger.
- 2. Krankentransport**
 - Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug), bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
- 3. Behandlung im Ausland**
 - **100 %** der Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung im Ausland während der ersten 6 Wochen eines jeden Auslandsaufenthalts bei akut eintretender Behandlungsbedürftigkeit, einschließlich des Transportes zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Die Nachweise für die entstandenen Aufwendungen sind grundsätzlich zuerst der Beihilfestelle vorzulegen. Die Beihilfeleistungen werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Der Erstattungsprozentsatz des jeweils versicherten Tarifs darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht überschreiten.
 2. In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse), einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten, sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
 3. Als Heilbehandlung im Ausland gilt die stationäre Behandlung in den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
 4. Selbstbeteiligungen, die in den jeweiligen Beihilfevorschriften vorgesehen sind, werden nicht erstattet.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterungen

1. Versicherungsfähig sind alle beihilfeberechtigten Personen und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Angehörige, für die nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften ein Beihilfeanspruch besteht.
2. Bei Minderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs bzw. der Versicherungsfähigkeit erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden und für den Neuzugang offenen Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Wechsel des Tarifes) grundsätzliche Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Gesundheitsprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht besteht. Diese Vergünstigung findet Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz insoweit erhöht wird, dass er die Minderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann zum ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum ersten des folgenden Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Erlangt der Versicherer von einer solchen Erhöhung Kenntnis, so kann der Versicherungsschutz auch nach Eintritt des Versicherungsfalles mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend der Erhöhung des Beihilfeanspruchs herabgesetzt werden. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht berührt.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend. Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der entsprechende Beitrag des nächsthöheren Lebensalters zu zahlen.

E. Anpassung des Versicherungsschutzes

Erläuterungen

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 MB/KK 2009 berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge/Prozentsätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.