

Beihilfe-Ergänzungstarife EB für nach einem Tarif BB oder BH versicherte Beihilfeberechtigte - Tarif EB1

gültig ab 01.04.2021

Die Tarife gelten jeweils in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind

- aktive und pensionierte Beamte, Richter sowie sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen und Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall haben,
- im Rahmen einer Anwartschaft, Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner.

Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass die jeweilige Person beim Versicherer nach einem Grundtarif für Beihilfeberechtigte - Tarif BB oder BH - derart versichert ist bzw. wird, der dort vereinbarte Erstattungsprozentsatz gemeinsam mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % ergibt und die Person im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnt.

Neben einem Tarif BB00 kann Tarif EB1 nur als Anwartschaftsversicherung vereinbart werden.

Die Versicherungsfähigkeit entfällt, wenn der Leistungsanspruch nach dem für die versicherte Person vereinbarten Grundtarif wegen Beitragsverzug nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruht.

Endet der Grundtarif, endet gleichzeitig auch Tarif EB1.

2. Versicherungsleistungen

Der Versicherer erbringt die in den Nrn. 2.1.1 bis 2.1.8 genannten Leistungen sowie Nr. 2.2 nach den folgenden Maßgaben.

Erstattet werden die nach Anrechnung von Leistungen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften (Beihilfeleistungen), den Leistungen aus dem Grundtarif und einem etwaig vereinbarten Wahlleistungstarif verbleibenden Aufwendungen. Diese Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Über die Beihilfeleistung ist ein Nachweis vorzulegen, siehe auch Nr. 3.

Sofern nicht anders bestimmt, ist Leistungsvoraussetzung, dass für die jeweiligen Aufwendungen nach den Bestimmungen des Grundtarifs eine Vorleistung erbracht wird.

Wird für eine Leistung vorausgesetzt, dass die Aufwendungen beihilfefähig sein müssen, bedeutet dies, dass hierfür nachweislich Beihilfeleistungen erbracht werden.

Nicht erstattungsfähig sind

- in den gültigen Beihilfavorschriften festgelegte Zuzahlungen und Kostendämpfungspauschalen,

- Aufwendungen, für die nach den Bestimmungen des vereinbarten Grundtarifs kein Leistungsanspruch besteht, es sei denn, es ist etwas anderes bestimmt.

2.1 Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland

2.1.1 Honorarvereinbarung

Bei medizinisch notwendiger ambulanter Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung durch Belegärzte gilt:

Erstattet werden verbleibende Mehrkosten aus einer rechtsgültigen Vereinbarung über eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Gebührenhöhe (Honorarvereinbarung), für die nur deshalb aus dem vereinbarten Grundtarif kein Leistungsanspruch oder kein Anspruch auf Beihilfe besteht, weil sie die Höchstsätze der gültigen Gebührenordnung übersteigen.

2.1.2 Häusliche Pflege

Ohne Vorleistung aus dem Grundtarif werden Aufwendungen für ärztlich verordnete medizinisch notwendige Grundpflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkauf, Kochen, Wohnungsreinigung), sofern diese beihilfefähig sind, entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, mindestens aber bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen, erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit besteht.

2.1.3 Vorsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

1 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

Ambulante ärztliche Untersuchungen, die zur gezielten Früherkennung von Krankheiten geeignet sind oder im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung erfolgen.

2 Schutzimpfungen

Medizinisch notwendige Schutzimpfungen inklusive solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen. Als medizinisch notwendig gelten insbesondere, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlenen Schutzimpfungen.

2.1.4 Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen einschließlich Osteopathie durch Heilpraktiker sind bis zu den Höchstbeträgen des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig, ferner die von einem Heilpraktiker verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

2.1.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nicht beihilfefähige Arznei- und Verbandmittel, wenn sie nach dem Grundtarif erstattungsfähig sind.

2.1.6 Heilmittel

Erstattet werden die verbleibenden Aufwendungen für Heilmittel.
Dabei werden ohne Vorleistung aus dem Grundtarif

- Mehrkosten für medizinisch notwendige Hausbesuche sowie
- Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse für Schwangere erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 3 Teil I AVB/KK 2013 ist keine Verordnung erforderlich, wenn ein Geburtsvorbereitungskurs von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleitet wird.

2.1.7 Sehhilfen, sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen werden bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt

600 EUR

innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattet.

Ergänzend zu § 4 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 sind Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, sofern sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

Erstattet werden Aufwendungen für beihilfefähige medizinisch notwendige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte. Das umfasst Anschaffung, Wiederbeschaffung, Unterweisung im Gebrauch, Wartung und Reparatur.

2.1.8 Zahntechnische Leistungen, Zahnärztliche Leistungen zur Implantatversorgung

1 Zahntechnische Leistungen

Erstattet werden beihilfefähige gesondert berechenbare zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Behandlung einschließlich Kieferorthopädie.

2 Zahnärztliche Behandlung zur Implantatversorgung

Erstattet werden Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen zur Versorgung mit Zahnimplantaten inkl. hierzu medizinisch notwendiger Knochenaufbaumaßnahmen sowie gesondert berechenbare zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

2.1.9 Geburtspauschale

Bei einer Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer der versicherten Entbindenden ohne Kostennachweis eine Pauschale von

300 EUR.

2.1.10 Kurtagegeld

Der Versicherer zahlt für die Dauer beihilfefähiger ambulanter und stationärer Kuren ein Kurtagegeld von

30 EUR,

maximal jedoch für 28 Tage innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2.2 Heilbehandlung im Ausland

Ergänzend zu § 1 Abs. 4 Teil I und § 1 Nr. 3 Teil II AVB/KK 2013 besteht bei Auslandsreisen für bis zu 6 Monate Versicherungsschutz nach den Nrn. 2.2.1 bis 2.2.6.

Der Versicherungsschutz für eine versicherte Person verlängert sich darüber hinaus, unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

2.2.1 Heilbehandlung während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante, stationäre oder zahnärztliche Heilbehandlung, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

2.2.2 Leistungsbegrenzung bei gezielter Heilbehandlung im Ausland

Soweit nicht anders vereinbart, bleibt der Versicherer bei gezielter Heilbehandlung im Ausland höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland zu erbringen wären. Eine gezielte Heilbehandlung im Ausland liegt vor, wenn die Durchführung einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung bzw. einer Entbindung einer der Gründe für den Auslandsaufenthalt ist.

Diese Begrenzung gilt nicht, soweit der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat.

2.2.3 Krankenrücktransport aus dem Ausland nach Deutschland

Die Mehrkosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland werden in folgenden Fällen und unabhängig von einer Vorleistung aus dem Grundtarif erstattet,

- der Rücktransport ist medizinisch sowohl sinnvoll als auch vertretbar und dies wird durch ärztliche Unterlagen belegt oder der Versicherer hat vor dem Rücktransport hierfür eine Leistungszusage in Textform erteilt;
- die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransports;
- nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Mehrkosten sind die Kosten für den Rücktransport, die etwaig ersparte Kosten für die geplante Rückreise übersteigen.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt erteilt ist oder von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

2.2.4 Rückreise von Minderjährigen bei Verhinderung der Begleitperson

Kann die verantwortliche Begleitperson eines versicherten Minderjährigen wegen Krankheit, Unfall, Tod oder weil sie eine mitreisende Person begleiten muss, die Betreuung nicht mehr leisten und ist am Aufenthaltsort keine erwachsene Begleitperson anwesend, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers die Rückreise des Minderjährigen an einen Ort in Deutschland nach Wahl des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen. Hierfür übernimmt er die notwendigen Mehrkosten gegenüber der geplanten Rückreise, soweit erforderlich, trägt er auch die Kosten für eine Begleitperson nach Nr. 2.2.3 Satz 2. Die Aufwendungen sind unabhängig von einer Vorleistung des Grundtarifs erstattungsfähig.

2.2.5 Überführung aus dem Ausland nach Deutschland

Im Falle des Todes einer versicherten Person während des Auslandsaufenthalts werden unabhängig von einer Vorleistung des Grundtarifs die für eine Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland, bzw. in einem Land der EU bzw. des EWR entstandenen Kosten erstattet, maximal jedoch 12.000 EUR. Bis zu diesem Betrag erstattungsfähig sind auch die Kosten für eine Überführung an einen Ort nach Wahl des Versicherungsnehmers bzw. des von ihm mitgeteilten Totenfürsorgeberechtigten, soweit hierdurch keine höheren Kosten entstehen. Voraussetzung ist, dass der Tod im Ausland bei Reisebeginn nicht vorsehbar war.

2.2.6 Leistungspflicht Dritter

Leistungsverpflichtungen Dritter aus Versicherungen oder Schutzbriefen gehen denen der R+V Krankenversicherung AG vor. Dies gilt auch, wenn in den anderweitigen Versicherungsbestimmungen ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Nimmt der Versicherungsnehmer jedoch zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.

3. Leistungsunterlagen

Ergänzend zu § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013 ist gemeinsam mit dem Leistungsantrag ein Nachweis über die Vorleistung der Beihilfe (Kopie des Beihilfebescheids mit Anlagen) einzureichen, aus denen sich bei Aufwendungen für zahntechnische Leistungen insbesondere die grundsätzliche Höhe deren Beihilfefähigkeit ergeben muss. Erbringt die Beihilfe keine Leistungen, benötigt der Versicherer das Original des Kostenbelegs bzw. dessen Zweitschrift gemeinsam mit dem Ablehnungsbescheid der Beihilfestelle.

4. Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung

Ergänzend zu Nr. 5.2 des Grundtarifs bzw. Nr. 4.2 eines ggf. vereinbarten Wahlleistungstarifs gilt: Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Zusatzversicherung bis zum Ablauf von drei Monaten ab Eintritt von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

beantragen. Der Versicherer wird die Umstellung ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ggf. rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vornehmen, soweit der gewünschte Tarif keine Mehrleistungen enthält. Für bisher nicht versicherte Leistungen kann ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangt werden.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich für alle Leistungen gemäß § 1 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht gemäß § 1 Nr.3 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu 6 Monaten.

5.1.1 Vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas

Der Versicherungsschutz verlängert sich, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit, antreten kann. Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz befindet. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der 6 Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, er ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen.

Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für einen Antrag auf weitere Fortführung des Versicherungsverhältnisses zum Ablauf einer Befristung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält. Dies ist dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises mitzuteilen.

Ergänzend zu 5.1 und 5.1.1. Satz 1 verlängert sich der Versicherungsschutz unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall ohne Antrag und Beitragszuschlag für eine versicherte Person, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

5.1.2 Leistungsumfang bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU bzw. des EWR außerhalb Deutschlands

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein anderes Land der EU bzw. des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers für das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person eine von § 1 Abs. 5 Teil I AVB/KK 2013 abweichende Vereinbarung treffen, nach der er auf das Recht zur Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte (deutsches Kostenniveau) verzichtet.

Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das betreffende Land in Textform beim Versicherer gestellt wird. Der Versicherer kann die Vereinbarung befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig machen.

Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für einen vor Ablauf einer Befristung gestellten Antrag auf Verlängerung der Vereinbarung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Abs. 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 gilt:
Wurde der Antrag auf Versicherung nach diesem Tarif bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die in § 2 (2) Teil I AVB/KK 2013 genannte Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

Unter den Voraussetzungen des vorherigen Absatzes ist die Versicherung des Neugeborenen nach einem Tarif EB auch dann möglich, wenn dieser für kein Elternteil vereinbart ist.

5.3 Kriegereignisse und Terrorakte (§ 5 Abs. 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 Innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 Außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land bzw. eine Region eines Landes, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 % werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. § 8 b Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 findet keine Anwendung.

6. Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler

6.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen EU-Staat bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler, soweit und solange für sie Anspruch auf Beihilfe aus beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "S" gekennzeichnet.

6.2 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

6.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.

Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt in Textform zum Zeitpunkt der Änderung zu kündigen (vgl. § 13 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013).

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb eines Monats ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

7. Besondere Bedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

7.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind beihilfeberechtigte Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. berücksichtigungsfähige Lebenspartner, wenn sie nicht berufstätig oder nur geringfügig beschäftigt sind, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "B" gekennzeichnet.

7.2 Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 Teil I AVB/KK 2013 entfallen.

7.3 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

7.4 Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen und Umstellung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Vorbereitungsdienst endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem eine Berufstätigkeit (siehe Nr. 7.1) aufgenommen wird.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer später Kenntnis, wird die Versicherung ab Beginn des auf den Eintritt des Ereignisses folgenden Monats, ohne dass es

eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Erhöht oder vermindert sich gleichzeitig mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, gilt Abschnitt Nr. 4 "Änderung des Beihilfeanspruchs" entsprechend.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vgl. § 13 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013).