

Vertragsgrundlage 090

Tarif: BN B-U

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

VG090 Seite 1 von 3

Teil III: Krankheitskostentarif zur Beihilfeergänzung für Versicherte in der Tarifgruppe B-U und Tarifgruppe B-N

Tarif und mögliche Tarifkombinationen	Dieser Tarif kann nur zusammen mit Tarifen der Hauptversicherung nach der Tarifgruppe B-U oder Tarifgruppe B-N vereinbart werden. Dies sind folgende Tarife: BS-U, BSG-U, B3-U, BW2-U, BWE-U, BZ-U, bzw. BS-N, BSG-N, B3-N, BW2-N, BWE-N, BZ-N. Dabei muss gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung bestehen. Der Erstattungssatz dieser Tarife muss zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz für die versicherte	Person 100 % ergeben. Für die Versicherung im Tarif BN B-U gelten auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife der Hauptversicherung. Ein Leistungsanspruch aus Tarif BN B-U setzt voraus, dass der zuvor genannte Versicherungsschutz ebenfalls mit Leistungsanspruch besteht.
A Leistungen des Versicherers	Der Beihilfeergänzungstarif BN B-U übernimmt verbleibende Kosten, wenn die tatsächlichen Beihilfeleistungen geringer sind als der Betrag, der sich aus der Anwendung des persönlichen Beihilfebemessungssatzes auf den beihilfefähigen Erstattungsbetrag ergibt. Der Tarif ergänzt weiterhin den Leistungsumfang der Hauptversicherung.	Etwaige Beihilfeansprüche sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und dafür notwendige Genehmigungsprozesse der Beihilfe einzuhalten. Eine in Tarif BSG-U, bzw. BSG-N vereinbarte Selbstbeteiligung ist im Rahmen dieses Tarifs nicht erstattungsfähig.
A.a Leistungen in Verbindung mit dem tariflichen Leistungsversprechen der Hauptversicherung	Es gelten die in den jeweiligen Tarifen der Hauptversicherung genannten Leistungsvoraussetzungen, der dort beschriebene Leistungsumfang, mögliche Höchstgrenzen und eventuelle Leistungsausschlüsse. Der Versicherer ersetzt verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Beihilferegelung und von Versicherungsleistungen aus den zuvor genannten Tarifen der Hauptversicherung. 1. Erstattungsfähige Aufwendungen bei ambulanter Behandlung - Vorsorgeuntersuchungen - Schutzimpfungen - Behandlung durch Heilpraktiker - Ambulante Psychotherapie - Hilfsmittel (mit Ausnahme von Hörgeräten) im Rahmen der Erstattungsfähigkeit der Tarife BS-U, BSG-U bzw. BS-N, BSG-N. - Operative Sehschärfenkorrektur - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Aufwendungen bei einem medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall, wenn Beihilfevorschriften einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Aufwendungen vorsehen, dieser jedoch für Fahrten und Transporte zur stationären Behandlung nicht zur Anwendung kommt	- Honorarvereinbarungen im Rahmen ambulanter Behandlung - Erstattungsfähig sind Kosten, die sich aus der Vereinbarung gemäß § 2 der GOÄ ergeben und über den in § 5 Abs.1 GOÄ genannten Gebührenhöchstsatz hinausgehen - Digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen ambulanter Behandlung 2. Erstattungsfähige Aufwendungen bei zahnärztlicher Behandlung - Zahnbehandlungen und Zahnprophylaxe (zahnärztliche Honorare und Material- und Laborkosten) - Zahnersatz (zahnärztliche Honorare und Material- und Laborkosten) - Kieferorthopädie (Material- und Laborkosten) - Honorarvereinbarungen im Rahmen zahnärztlicher Behandlung - Erstattungsfähig sind Kosten, die sich aus der Vereinbarung gemäß § 2 der GOZ ergeben und über den in § 5 Abs.1 GOZ genannten Gebührenhöchstsatz hinausgehen. - Digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen zahnärztlicher Behandlung Die Erstattungsfähigkeit von Material- und Laborkosten richtet sich nach den in der Sachkostenliste I genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen. 3. Erstattungsfähige Aufwendungen bei Auslandsaufenthalt - Heilbehandlung während eines Auslandsaufenthaltes
A.b Leistungserweiterungen gegenüber dem tariflichen Leistungsversprechen der Hauptversicherung	Es gelten die in den jeweiligen Tarifen der Hauptversicherung genannten Leistungsvoraussetzungen, der dort beschriebene Leistungsumfang, mögliche Höchstgrenzen und eventuelle Leistungsausschlüsse sowie folgende ergänzende Regelungen. Der Versicherer ersetzt verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Beihilferegelung und von Versicherungsleistungen aus den zuvor genannten Tarifen der Hauptversicherung.	- Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten. - Erstattungsfähig ist maximal der 1,2 fache Betrag der dort genannten Höchstsätze. - Reiseimpfungen im Rahmen beruflicher und privater Auslandsreisen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts - Aufwendungen für eine Begleitperson bei stationärer Krankenhausbehandlung von Kindern - Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson



A.b. Fortsetzung	im Krankenhaus entstehen. Voraussetzungen: 1. Das Kind hat das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Das Krankenhaus unterliegt dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz und die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten. - Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien bis zu einem Betrag von max.	2.000,00 Euro pro Hörgerät - Ärztliche Behandlung im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses für Leistungen der Naturheilkunde, komplementären und integrativen Medizin einschließlich in diesem Zusammenhang verordnete Heil- und Arzneimittel. Die Erstattung ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von 1.000,00 Euro pro Kalenderjahr. Beginnt oder endet der Tarif unterjährig, gilt der Höchstbetrag anteilig entsprechend der Versicherungsdauer.
A.c. Leistungen ohne unmittelbaren Bezug auf das tarifliche Leistungsverprechen der Hauptversicherung	Die Leistungen unter A.c setzen keine Erstattungsfähigkeit in den Tarifen der Hauptversicherung voraus. 1. Beihilfebedingte Eigenbehalte und Zuzahlungen bei ambulanter Behandlung Werden beihilfefähige Aufwendungen für - Arzneimittel, - Hilfsmittel, - Fahrtkosten entsprechend der Beihilfevorschriften um feste prozentuale oder absolute Beträge gekürzt, sind dadurch verbleibende Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Beginnt oder endet der Tarif unterjährig, gilt der Höchstbetrag anteilig entsprechend der Versicherungsdauer. Nicht erstattungsfähig sind in den Beihilfevorschriften festgelegte Kostendämpfungspauschalen und nicht beihilfefähige Aufwendungen. 2. Ambulante und stationäre Kuren - Für tatsächlich durchgeführte ambulante Kuren ist ein Betrag von 2.000,00 Euro erstattungsfähig. Von diesen Aufwendungen zahlt der Versicherer einen prozentualen Anteil in Höhe des versicherten Erstattungssatzes des Tarifes der Hauptversicherung für ambulante ärztliche Behandlung (BS-U oder BSG-U bzw. BS-N oder BSG-N). - Für tatsächlich durchgeführte stationäre Kuren ist ein Betrag von 4.000,00 Euro erstattungsfähig. Von diesen Aufwendungen zahlt der Versicherer einen prozentualen Anteil in Höhe des versicherten Erstattungssatzes des Tarifes der Hauptversicherung für stationäre ärztliche Behandlung (B3-U bzw. B3-N). Ein Erstattungsanspruch besteht für eine versicherte Person nur, wenn insbesondere die Genehmigung der geplanten Maßnahme für die versicherte Person durch die Beihilfe nachgewiesen wird. Eine Erstattung ist nicht möglich für Maßnahmen, für die bereits ein Erstattungsanspruch aus den Tarifen der Hauptversicherung BS-U, BSG-U, B3-U, bzw. BS-N, BSG-N, B3-N besteht (beispielsweise bei Anschlussheilbehandlung). 3. Präventionskurse Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Teilnahme an maximal zwei Präventionskursen pro Kalenderjahr. Der Versicherer ersetzt verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Beihilferegelung. Die Erstattung ist auf einen Gesamtbetrag von 200,00 Euro pro Kalenderjahr begrenzt. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Nachweis über die Teilnahme erstellt wird.	Beginnt oder endet der Tarif unterjährig, gilt der Höchstbetrag anteilig entsprechend der Versicherungsdauer. Als Präventionskurse gelten Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass ein Nachweis über die Teilnahme (mindestens 80 % der Kurseinheiten) vorgelegt wird. Dies ist vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen. 4. Beihilfefähige Hilfsmittel Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, für die nach der gültigen Beihilferegelung ein Anspruch auf Beihilfe besteht, jedoch keine Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS-U, BSG-U, bzw. BS-N, BSG-N gegeben ist. 5. Familienzimmer oder Geburtspauschale Bei Geburt eines eigenen Kindes im Krankenhaus werden die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für eine Unterkunft im Zweibettzimmer und einem Familienzimmer für maximal 3 Tage übernommen. Die Erstattung ist auf 100,00 Euro pro Tag begrenzt. Alternativ zur Erstattung der Differenzkosten für ein Familienzimmer kann jedes versicherte Elternteil eine Geburtspauschale in Höhe von 200,00 Euro für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Geburt in Anspruch nehmen. Voraussetzung für diese Leistungen ist, dass bereits seit 8 Monaten vor der Geburt des Kindes aktiver Versicherungsschutz in diesem Tarif besteht. 6. Rücktransport und Überführungskosten aus dem Ausland Erstattet werden die Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person, entweder a) an den Wohnsitz der versicherten Person oder b) in das dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Für den Rücktransport ist das kostengünstigste Transportmittel unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten zu wählen. Eventuell ersparte Aufwendungen für die vorgesehene Rückreise sind für die Erstattung der Rücktransportkosten nicht zu berücksichtigen. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Überführung einer versicherten Person an deren letzten Wohnsitz, oder die Bestattung einer versicherten Person an deren Aufenthaltsort im Ausland bis maximal 10.000,00 Euro. Der Versicherer ersetzt verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Beihilferegelung und von Versicherungsleistungen aus den zuvor genannten Tarifen der Hauptversicherung.



B Abschluss dieses Beihilfeergänzungstarifes im Rahmen der Umwandlungsoptionsrechte der Tarife BS-U, BSG-U, bzw. BS-N, BSG-N	Enthält der Versicherungsschutz zum Zeitpunkt der Optionsausübung keinen Beihilfeergänzungstarif, ist der Abschluss dieses Tarifes möglich, wenn während der	gesamten Vertragsdauer für die versicherte Person bisher zu keinem Zeitpunkt ein Beihilfeergänzungstarif im Versicherungsschutz enthalten war.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden. Eine Aufnahme in diesen Beihilfeergänzungstarif kann nur erfolgen, wenn gleichzeitig Tarife für ambulante und für stationäre Heilbehandlung mit allgemeinen Kranken-	hausleistungen sowie für zahnärztliche Behandlung der Tarifgruppe B-U bzw. Tarifgruppe B-N bestehen oder abgeschlossen werden. Versicherungsfähig sind ausschließlich zuvor genannte Personen, für die ein Beihilfeanspruch von maximal 90 % besteht bzw. nach Wegfall der Heilfürsorge bestehen wird.
D. Ende des Beihilfeergänzungstarifes	Endet einer der Tarife BS-U, BSG-U, B3-U, BZ-U, BS-N, BSG-N, B3-N, BZ-N, endet gleichzeitig der Beihilfeergänzungstarif. Ergibt der Erstattungssatz der zuvor genannten Tarife zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nicht 100 % und wird der Versicherungsschutz nicht innerhalb von 6 Monaten dahingehend geändert, behält sich der Versicherer vor, den Beihilfeergänzungstarif für die Dauer einer Unterversicherung in eine Anwartschaft umzustellen.	Bestehen für den Zeitraum der Unterversicherung Erstattungsansprüche aus diesem Tarif, wird die Vorleistung aus der Hauptversicherung so berechnet, als würde die erforderliche Absicherung bestehen. Wenn der Leistungsanspruch der dazugehörigen Hauptversicherung wegen Nichtzahlung des Beitrags nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruht, endet die Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif.
E. Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. 2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 39. Lebensjahr vollendet wird. Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.	Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. 3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird. 4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen. 5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012) sowie jeweils vereinbarten Teil III der AVB der Tarifgruppe B-U (Tarife BS-U, BSG-U, B3-U, BW 2-U, BWE-U, BZ-U) sowie der Tarifgruppe B-N (Tarife BS-N, BSG-N, B3-N, BW 2-N, BWE-N, BZ-N).

Gültig ab 07/2023

