



# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Versicherung (KV335\_202105)

## Teil III Tarife

**Krankheitskostentarife für Beihilfeberechtigte in Ausbildung:**  
Tarifstufen AA20 bis AA50 für ambulante Heilbehandlung  
Tarifstufen SA20 bis SA50 für stationäre Heilbehandlung  
Tarifstufen ZA20 bis ZA50 für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

## Gültig in Verbindung mit

### Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und

### Teil II Tarifbedingungen der Krankheitskosten-Versicherung und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

## Allgemeine Bestimmungen

### 1. Aufnahmefähig sind

- a) Personen mit Anspruch auf Beihilfe, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnung noch Vergütung nach Tarifverträgen erhalten,
- b) nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang der MB/KK) der in a) genannten Personen, sofern sie weder selbst beihilfeberechtigt sind noch Anspruch auf Leistungen einer GKV haben,
- c) Kinder der in a) genannten Personen, sofern sie keinen Anspruch auf Leistungen einer GKV haben,
- d) Studenten, für die Anspruch auf Beihilfe besteht.

Voraussetzung für die Aufnahmefähigkeit der in a) bis d) genannten Personen ist, dass sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

### 2. Die Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.

3. In den Beiträgen der Tarife für Beihilfeberechtigte in Ausbildung ist geschäftsplanmäßig kein Anteil für die Bildung einer Deckungsrückstellung gemäß § 8 a Teil I Abs. 2 AVB vorgesehen.

### 4. Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats,

- a) in dem die Ausbildung oder das Studium endet,
- b) in dem die Ausbildung oder das Studium vorzeitig aufgegeben wird bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen ist,
- c) in dem der Anspruch auf Beihilfe wegfällt,
- d) in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird,
- e) in dem die Höchstversicherungsdauer von 60 Monaten erreicht ist.

Gleichzeitig endet dann auch für Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang der MB/KK) und Kinder die Versicherung nach diesen Tarifen

5. Für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang der MB/KK) endet die Versicherung darüber hinaus mit Ablauf des Monats, in dem eine Berufstätigkeit aufgenommen wird bzw. sie Anspruch auf Leistungen einer GKV erlangen oder einen eigenen Beihilfeanspruch erhalten. Für Kinder endet die Versicherung mit Ablauf des Monats, in dem sie Anspruch auf Leistungen einer GKV erlangen.

6. Endet die Versicherung, erfolgt zum Ersten des Folgemonats eine Umstellung auf die Tarife für Beihilfeberechtigte, die dem Erstattungsprozentsatz des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechen. Ändert sich mit der Beendigung der Versicherung der Beihilfeanspruch, gilt folgende Regelung:

- Erhöht sich der Anspruch auf Beihilfe, richtet sich die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Nr. 10 a).

- Vermindert sich der Anspruch auf Beihilfe oder fällt er weg, richtet sich die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Nr. 10 b).

7. Die Beendigungsgründe 4 a) bis c) sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten seit ihrem Eintritt schriftlich anzuzeigen. Wird diese Frist nicht eingehalten, erfolgt die Umstellung des Versicherungsschutzes in die Tarife für Beihilfeberechtigte, die den Erstattungsprozentsätzen des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechen, rückwirkend zu dem in Nr. 6 Satz 1 genannten Termin. Eine durch rückwirkende Umstellung auftretende Beitragsdifferenz ist vom Versicherer zur- bzw. vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

8. Der Beitrag nach der Umstellung (Nr. 6 oder 7) richtet sich nach dem Eintrittsalter, das zu dem Termin, zu dem die Umstellung wirksam wird, erreicht ist. Bestand vor dem Beginn der Tarife für Beihilfeberechtigte in Ausbildung eine Krankheitskosten-Versicherung, für die geschäftsplanmäßig eine Deckungsrückstellung gebildet wurde, wird diese Deckungsrückstellung nach der Umstellung geschäftsplanmäßig angerechnet.

9. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zu dem Termin, zu dem die Umstellung (Nr. 6 oder 7) wirksam wird, zu kündigen. Die Kündigung kann nur innerhalb von zwei Monaten seit Durchführung der Umstellung erfolgen.

10. a) Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Herabsetzung des Versicherungsschutzes. Wird der Antrag spätestens zwei Monate nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt, so kann die Herabsetzung des Versicherungsschutzes mit Wirkung zum Ersten des Monats, in dem sich der Beihilfeanspruch ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt werden. Diese Herabsetzung gilt auch für schwebende Versicherungsfälle.

Wird der Antrag später als zwei Monate nach Erhöhung des Beihilfeanspruches gestellt oder erlangt der Versicherer von einer Erhöhung des Beihilfeanspruches Kenntnis, ohne dass ein Antrag gemäß Abs. 1 vorliegt, erfolgt die entsprechende Herabsetzung des Versicherungsschutzes auch für schwebende Versicherungsfälle mit Wirkung vom Beginn des folgenden Monats nach Kenntnis bzw. nach Eingang des Antrags beim Versicherer.

b) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für schwebende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt. Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes wird frühestens zum Beginn des Monats wirksam, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Der entsprechende Antrag muss spätestens sechs Monate nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt werden. Die Änderung des Beihilfeanspruches ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen. Wird der Antrag später als sechs Monate nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt, so wird für die erhöhten Leistungen eine erneute Risikoprüfung durchgeführt, ferner gelten für die Leistungserhöhung die bedingungs-gemäßen Wartezeiten.



## Versicherungsleistungen

### 1. Versicherungsleistungen der Tarifstufen AA20 bis AA50 für ambulante Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchst. a bis j und m AVB) werden entsprechend der vereinbarten Tarifstufe mit folgenden Prozentsätzen ersetzt:

AA20	AA30	AA35	AA40	AA45	AA50
20 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %

Abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung ersetzt.

Aufwendungen für Brillengestelle sind innerhalb von zwei Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 150,00 EUR erstattungsfähig. Für Krankenfahrräder wird als Zuschuss der dem Erstattungsprozentsatz entsprechende Anteil von 1.700,00 EUR gewährt. Aufwendungen für orthopädische Schuhe werden mit ärztlicher Verordnung nach Abzug eines Eigenanteils von 102,00 EUR für ein Paar pro Jahr erstattet.

Dabei gelten folgende Bestimmungen:

- Aufnahmefähig sind nur Personen mit Anspruch auf Beihilfe. Der Erstattungsprozentsatz der jeweils vereinbarten Tarifstufe darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht überschreiten.
- Die oben genannten Tarifstufen können nur im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen werden.
- Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

### 2. Versicherungsleistungen der Tarifstufen SA20 bis SA50 für stationäre Heilbehandlung

- Die erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchst. k und m AVB) und Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer sowie gesondert berechenbare ärztliche Leistungen; § 4 Teil II Abs. 1 Buchst. l und m AVB) werden entsprechend der vereinbarten Tarifstufe mit folgenden Prozentsätzen ersetzt:

SA20	SA25	SA30	SA35	SA40	SA45	SA50
20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %

Abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung ersetzt.

Bei Wahl eines Einbettzimmers werden die erstattungsfähigen Aufwendungen, die bei gesondert berechenbarer Unterkunft im Zweibettzimmer entstanden wären, entsprechend der versicherten Tarifstufe ersetzt.

- Werden in den Tarifstufen SA20 bis SA50 bei vollstationärer Heilbehandlung weder die Kosten für eine Unterkunft im Zweibettzimmer noch für eine privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, erfolgt die prozentuale Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen, und zusätzlich wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe des der vereinbarten Tarifstufe entsprechenden Prozentsatzes von 51,13 EUR x Erstattungsprozentsatz gewährt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird zusätzlich zur prozentualen Erstattung der Kosten ein Krankenhaustagegeld von 25,56 EUR x Erstattungsprozentsatz gezahlt. Wird bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 25,56 EUR x Erstattungsprozentsatz gezahlt.

Dabei gelten folgende Bestimmungen:

- Aufnahmefähig sind nur Personen mit Anspruch auf Beihilfe. Der Erstattungsprozentsatz der jeweils vereinbarten Tarifstufe darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht überschreiten.
- Die oben genannten Tarifstufen können nur im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen werden.
- Der Versicherungsnehmer kann für die versicherten Personen beantragen, dass auf die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen (siehe 2.a) sowie auf die ersatzweise Inanspruchnahme von Krankenhaustagegeld (siehe 2.b) verzichtet wird. Der Tarifbeitrag für diese Leistungsvariante berechnet sich dann entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen.

Werden einem Beihilfeberechtigten nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen als beihilfefähig anerkannt, so kann die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen durch den Abschluss eines Stationärsusatztarifs versichert werden. § 2 Teil II Abs. 1 Satz 3 AVB gilt in diesem Fall nicht.

### 3. Versicherungsleistungen der Tarifstufen ZA20 bis ZA50 für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

- Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchst. n AVB) und für Zahnersatz sowie Kieferorthopädie (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchst. o AVB) werden entsprechend der vereinbarten Tarifstufe mit folgenden Prozentsätzen ersetzt:

ZA20	ZA30	ZA35	ZA40	ZA45	ZA50
20 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %

Abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung ersetzt.

- Übersteigt bei Zahnersatz und Kieferorthopädie der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.500,00 EUR, so soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernimmt der Versicherer zu 100 %.

Dabei gelten folgende Bestimmungen:

- Ausnahmefähig sind nur Personen mit Anspruch auf Beihilfe. Der Erstattungsprozentsatz der jeweils vereinbarten Tarifstufe darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht überschreiten.
- Die oben genannten Tarifstufen können nur im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer der Tarife für stationäre oder ambulante Heilbehandlung weg, so endet damit - auch für schwebende Versicherungsfälle - die Versicherung nach den Tarifstufen ZA20 bis ZA50.

## Beiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge.

Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) des jeweiligen Geschlechts zu zahlen.