



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (KV331_202105)

Teil III Tarife

Tarifstufen AB15 bis AB90 für ambulante Heilbehandlung

Gültig in Verbindung mit

Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und

Teil II Tarifbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

1. Versicherungsleistungen

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:

AB15	AB20	AB25	AB30	AB35	AB40	AB45
15 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %
AB50	AB51	AB55	AB60	AB65	AB70	AB90
50 %	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %	90 %

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 dabei 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.
- Die Tarifstufe AB51 kann nur von Beihilfeberechtigten vereinbart werden, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Erhalt von Versorgungsbezügen um 20 % erhöht. Die Versicherung nach Tarifstufe AB51 wird bei Eintritt des Versorgungsfalles in die Tarifstufe AB30 umgestellt.

2. Bestimmungen bei Änderung des Beihilfeanspruches

- 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.

- 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 bedingungsgemäßen Wartezeiten.

3. 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). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.

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.