

Teil III Beihilfeergänzungstarif BEZE

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Für die Leistungen nach Nr. 2. gelten die Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung.

Versicherungsfähig sind Personen, die beim Versicherer eine Grundabsicherung nach dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte nach den Besonderen Bedingungen für Beihilfeberechtigte in Ausbildung abgeschlossen haben. Bei Wegfall dieser Voraussetzungen endet zum gleichen Zeitpunkt – auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – die Versicherung nach diesem Tarif.

Versicherungsleistungen

1. Allgemeines

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Anrechnung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und nach Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte und Beihilfeberechtigte in Ausbildung ersetzt.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit der Erstattung der Beihilfe und den Leistungen aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte und Beihilfeberechtigte in Ausbildung 100 % der Aufwendungen nicht überschreiten. Andernfalls mindert sich der Anspruch auf die tarifliche Leistung aus diesem Tarif entsprechend.

Aus diesem Tarif werden die nachfolgenden Leistungen erstattet. Weitere in den Beihilfavorschriften vorgesehene Kürzungen, z.B. Kostendämpfungspauschalen, Selbstbehalte usw., zählen nicht zu den Leistungen dieses Tarifs.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten nachstehende Leistungen Nr. 2. bis Nr. 7.:

2. Auslandsreisekrankenversicherung

Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts gemäß § 1 (4) und (4.1) AVB (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung) besteht Versicherungsschutz nach den Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (siehe Anlage).

3. Differenzkosten Ein- und Zweibettzimmer

Der Versicherer erstattet bei stationärer Heilbehandlung die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen für das Ein- und Zweibettzimmer zu 100 %.

4. Krankenhaustagegeld

Erstattet wird für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr – 24 Uhr) einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung und einer Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim ein Krankenhaustagegeld von 15 €, sofern nicht Leistungen nach Nr. 5. zu zahlen sind. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet. Für stationäre psychotherapeutische Behandlungen wird ein Krankenhaustagegeld für bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr gezahlt. Für die in § 5 (1.2) der AVB genannten Entziehungsmaßnahmen wird ein Krankenhaustagegeld nicht ausgezahlt.

5. Kurtagegeld

Erstattet wird für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten stationären Kur- und Sanatoriumsaufenthalt, der in Deutschland durchgeführt wird, bis zu einer Dauer von 35 Tagen ein Tagegeld von 15 €. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 36 Monaten.

6. Material- und Laborkosten bei Zahnersatz und Inlays

Erstattet werden bei Zahnersatz und Inlays die verbleibenden Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten zu 100 %.

Als Zahnersatz gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stiftzähne, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z.B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z.B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen, Wurzelbehandlungen oder Provisorien.

Verblendungen bei Zahnersatz werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

Zur Inlayversorgung zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. Wurzelbehandlung).

Erstattungshöchstsätze:

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigefügten Preis-/Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z.B. Inlays oder Keramikronen, enthalten.

Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über www.vrk.de abgerufen werden.

Die Erstattungen für Zahnersatz und Inlays sind pro versicherte Person im 1. Versicherungsjahr (siehe § 8 (2.1) der AVB) auf 500 €, in den ersten beiden Versicherungsjahren auf insgesamt 1.000 €, in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 1.500 € begrenzt. Ab dem 4. Versicherungsjahr ist die Leistung auf 4.500 € pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt.

7. Serviceleistungen

a) Serviceleistungen bei Auslandsreisen

- Bei Auslandsreisen stellt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung einen 24h-Kontakt mit wichtigen Leistungen, wie z.B. Kostenübernahme für stationäre Behandlungen, Organisation von Auslandsrücktransporten, Organisation der Überführung bei Tod, Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten/Krankenhäusern, zur Verfügung. Der 24h-Kontakt ist im Ausland mit der jeweils gültigen Vorwahl für Deutschland unter 69 6655533 erreichbar.

- Der Versicherer gibt gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie ab und übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer bzw. sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der stationären Behandlung verpflichtet sind.
- Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine schwerwiegende Notlage (z. B. Erkrankung, Unfall), übermittelt der Versicherer auf Wunsch Nachrichten an die der versicherten Person nahe stehenden Personen und übernimmt die dadurch entstehenden Übermittlungskosten.
- Der Versicherer stellt – soweit erforderlich – über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthaltes sorgt er für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.

b) Spezialistensuche

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung unterstützt auf Wunsch für Behandlungen im tariflichen Rahmen bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten. Ist die Behandlung bei einem von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung benannten Arzt nur zu Gebührensätzen möglich, die im Rahmen einer Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geregelt werden, so werden diese übernommen.

c) Zweitmeinungsservice

Vor geplanten Operationen bzw. Behandlungen von schwerwiegenden Erkrankungen werden die Aufwendungen für eine Zweitmeinung eines spezialisierten Arztes erstattet, der auf Wunsch des Versicherten einen ärztlichen Rat erteilt, sofern dies durch die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung organisiert wird.

8. Monatsbeiträge

In den Beiträgen dieses Tarifs ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8 a (2) der AVB vorgesehen.

Der Erst- sowie die Folgebeiträge werden anhand folgender Altersgruppen ermittelt:

- 16 – 20 Jahre,
- 21 – 25 Jahre,
- 26 – 30 Jahre,
- 31 – 33 Jahre,
- 34 – 38 Jahre.

Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Altersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an, der dann gültige Beitrag zu zahlen.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.