



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Vollversicherung - Tarif BAS2 (KV794_201801)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 7	Versicherungsleistungen
§ 2	Wegfall der Versicherungsfähigkeit	§ 8	Wegfall von Wartezeiten
§ 3	Regelung bei Arbeitslosigkeit	§ 9	Bestimmungen bei Änderung des Beihilfeanspruchs
§ 4	Fortführung der Versicherung	§ 10	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 5	Höhe der Erstattung	§ 11	Monatsbeiträge
§ 6	Umfang des Versicherungsschutzes		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs BAS2

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif BAS2 sind

- a) in Deutschland wohnende Personen mit Anspruch auf Beihilfe, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und weder Dienstbezüge nach Besoldungsverordnung noch eine sonstige Vergütung - ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen - erhalten,
- b) nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der in a) genannten Personen, sofern sie weder selbst beihilfeberechtigt sind noch Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben,
- c) Kinder der in a) genannten Personen, sofern sie keinen Anspruch auf Leistungen einer GKV haben,
- d) Studenten, die Anspruch auf Beihilfe haben.
- e) Schüler und Studenten ohne Anspruch auf Beihilfe, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und keinen Anspruch auf Leistungen einer GKV haben.

Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit ist außerdem, dass die versicherte Person das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Versicherungsfähigkeit setzt weiterhin voraus, dass auch eine Versicherung nach Tarif BAK besteht. Bei Wegfall dieser Voraussetzung endet zum gleichen Zeitpunkt - auch für schwebende Versicherungsfälle - die Versicherung nach Tarif BAS2.

§ 2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

(1) Beendigungsgründe

Die Versicherung nach Tarif BAS2 endet mit Ablauf des Monats, in dem

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

Gleichzeitig endet in diesen Fällen auch für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder die Versicherung nach Tarif BAS2.

Für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz endet die Versicherung nach Tarif BAS2 darüber hinaus mit Ablauf des Monats, in dem

- a) eine Berufstätigkeit aufgenommen wird,
- b) Anspruch auf Leistungen einer GKV erlangt wird,
- c) ein eigener Beihilfeanspruch besteht oder
- d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Für Kinder endet die Versicherung außerdem mit Ablauf des Monats, in dem sie Anspruch auf Leistungen einer GKV erlangen.

(2) Anzeigepflicht

Die in Absatz 1 jeweils unter den Punkten a) bis c) genannten Beendigungsgründe sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach ihrem Eintritt schriftlich anzuzeigen.

§ 3 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit einer versicherten Person, so kann abweichend von § 2 die Versicherung in Tarif BAS2 für die Dauer von maximal 18 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, weitergeführt werden.

Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich in diesem Fall auf 100 %. Die Umstufung muss innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz.

§ 4 Fortführung der Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Endet die Versicherung nach Tarif BAS2, erfolgt zum Ersten des Folgemonats eine Umstellung auf die Tarifstufe des leistungsgleichen Tarifs BS2, die dem Erstattungsprozentsatz des bisherigen Versicherungsschutzes entspricht.

Wird die in § 2 Abs 2 festgelegte Frist zur Anzeige der Beendigungsgründe nicht eingehalten, erfolgt die Umstellung rückwirkend zu dem in Satz 1 genannten Termin. Eine durch rückwirkende Umstellung auftretende Beitragsdifferenz ist vom Versicherer zurück- bzw. vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

Ändert sich mit der Beendigung der Versicherung nach Tarif BAS2 der Beihilfebemessungssatz oder fällt der Beihilfeanspruch weg, gelten die Regelungen nach § 9 entsprechend.

Der Beitrag nach der Umstellung richtet sich nach dem Eintrittsalter, das zu dem Termin, zu dem die Umstellung wirksam wird, erreicht ist. Bestand vor dem Beginn des Tarifs BAS2 eine Krankheitskostenversicherung, für die gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen eine Alterungsrückstellung gebildet wurde, wird diese nach der Umstellung entsprechend der Festlegung in den Technischen Berechnungsgrundlagen angerechnet.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung nach Tarif BAS2 zu dem Termin, zu dem die Umstellung wirksam wird, zu kündigen. Die Kündigung kann nur innerhalb von zwei Monaten nach Durchführung der Umstellung erfolgen.

§ 5 Höhe der Erstattung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß § 7 werden entsprechend der vereinbarten Tarifstufe mit folgenden Prozentsätzen ersetzt:

Tarifstufe	Erstattungsatz
BAS200	100 %
BAS250	50 %
BAS235	35 %
BAS230	30 %



BAS225	25 %
BAS220	20 %
BAS215	15 %

§ 6 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet werden. In Deutschland sind dies: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV).

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen, den frei gemeinnützigen und den privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

b) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von a) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten und die auch in einem Krankenhaus hätte durchgeführt werden können, das keine Rekonvaleszenten aufnimmt und keine Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführt,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war,
- wenn während eines Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, oder
- bei Notfallbehandlungen.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(3) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(4) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(5) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werden erstattet.
- für Behandlung in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungs-

pfligt für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

Leistungseinschränkungen

d) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Soweit Aufwendungen bei einer Auslandsbehandlung nicht nach GOÄ, GOP oder den Hebammen-Gebührenordnung der Bundesländer berechnet werden können, gelten sie als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

e) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

f) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungs verpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 7 Versicherungsleistungen

Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, sowie für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim erstattet der Versicherer Aufwendungen im tariflichen Umfang nur, wenn das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

Aufwendungen für Wahlleistungen

Es werden 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen erstattet.

Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung eines gesunden Neugeborenen sind eingeschlossen.

Werden bei vollstationärer Heilbehandlung weder die Kosten für eine Unterkunft im 2-Bett-Zimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nachgewiesen wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,00 EUR x Erstattungsprozentsatz gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR x Erstattungsprozentsatz gezahlt. Wird bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR x Erstattungsprozentsatz gezahlt.

§ 8 Wegfall von Wartezeiten

Die allgemeine und die besondere Wartezeit gemäß § 4 Teil I AVB entfallen.

§ 9 Bestimmungen bei Änderung des Beihilfeanspruchs

Der Erstattungsprozentsatz des Tarifs BAS2 (siehe § 5) darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht überschreiten.

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum 1. des Monats an, in dem die Änderung eintritt. Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

§ 10 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Keine Bildung von Alterungsrückstellung

In den Beiträgen des Tarifs BAS2 ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8a Teil I der AVB vorgesehen.

(2) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 5 %. Sterbewahrscheinlichkeiten sind in der Kalkulation der Beiträge des Tarifs BAS2 nicht berücksichtigt.



§ 11 Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach 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) zu zahlen.