

Tarif EBT

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Beihilfeergänzungsversicherung nach dem Tarif EBT

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen für beihilfeberechtigte Personen abgeschlossen werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung oder teilweiser Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

2. Tarifstufen

Die Versicherung ist abzuschließen

nach Tarifstufe	bei einem Beihilfebemessungssatz von
EBT50	50 %
EBT70	70 %
EBT80	80 %

3. Umstufungen

- a) Erhöht sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person, erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen des bestehenden Tarifs. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür bereits Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen nach Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes entspricht. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich erhöht, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
- b) Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. Der Versicherer ändert daraufhin – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag nach der dann erforderlichen Tarifstufe zum 1. des Monats, der auf die Anzeige folgt. Dies gilt auch, wenn der Versicherer innerhalb der gleichen Frist auf sonstige Weise Kenntnis von der Änderung erlangt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer auch sonst keine Kenntnis, wird die Änderung der Tarifstufe zum 1. des Monats durchgeführt, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden im tariflichen Rahmen mit dem aus der vereinbarten Tarifstufe ersichtlichen Prozentsatz die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen verbleibenden Kosten. Sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig, leistet der Versicherer je nach Tarifstufe die vereinbarte prozentuale Erstattung. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden nach der Bundesbeihilfeverordnung in der Fassung vom 17. Dezember 2009 ermittelt.

I. Kosten bei ambulanten Heilbehandlungen

1. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Hierzu gehören nicht Arznei- und Verbandmittel, soweit für diese Festbeträge festgesetzt sind, sowie Arzneimittel, die üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden oder unwirtschaftlich sind. Hiervon unabhängig sind festgelegte Selbstbeteiligungen für Arznei- und Verbandmittel erstattungsfähig.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

2. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilberufen (z.B. Masseur).

Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionen, Nähr- und Stärkungsmittel, Weine, Mineralwässer u.ä.

3. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.*)

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

4. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

5. Rückführung und Überführung

Als Rückführung gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten der Rückführung werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.

6. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) bis zu den dort festgelegten Mindestsätzen; entsprechendes gilt auch, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind.

II. Kosten für stationäre Behandlungen

Diese umfassen gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlungen) sowie die Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus.

III. Kosten für zahntechnische Leistungen

Diese umfassen die nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechenbaren Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. (nicht abgedruckt)

2. Leistungsunterlagen

Die Leistungsunterlagen sind zusammen mit dem Beihilfebewilligungsbescheid vorzulegen.

*) Erläuterung: Bei Brillenfassungen gilt zzt. ein Wert von bis zu 52,- Euro als einfache Ausführung.

Hinweis:

Bei Zahnersatz empfehlen wir Ihnen, uns einen Kostenvoranschlag Ihres Zahnarztes, der spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen. Wenn Sie uns zusätzlich eine Kostenübernahmeerklärung der Beihilfestelle überlassen, können wir Ihnen die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mitteilen.