

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in den Tarifen B und BA. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013), den Tarifen B und BA, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankenversicherung in Form einer Restkostenversicherung zur Ergänzung Ihres Beihilfeanspruches. Die Kosten werden in Höhe des von Ihnen gewählten Prozentsatzes erstattet. Ändert sich Ihr Beihilfeanspruch, haben Sie das Recht, Ihren Versicherungsschutz entsprechend anzupassen. Versicherungsfähig nach Tarif BA sind Beamtenanwärter im Vorbereitungsdienst und deren berücksichtigungsfähige Ehe- oder Lebenspartner, jeweils bis zur Vervollendung des 39. Lebensjahres.



Was ist versichert?

- ✓ Die Tarife B und BA sind leistungsgleich und bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Schwangerschaft und Entbindung).

✓ ambulant:

Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Heilpraktikerleistungen, Hebammenleistungen, Psychotherapie*, Kinderwunschbehandlung*, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Sehhilfen*, weitere Hilfsmittel, Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen*, Transport bei ambulanter Behandlung, häusliche Behandlungspflege, Soziotherapie*

✓ stationär:

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, belegärztliche Leistungen, chefärztliche Leistungen, Hebammenleistungen, Unterbringung im Zweibettzimmer, Begleitperson im Krankenhaus (Altersbeschränkung), Transport zum/vom Krankenhaus, Bergungskosten*

✓ Zahn:

Aufwendungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe, Zahnersatz (einschl. Implantate)**, Zahnkronen** und Inlays** sowie Kieferorthopädie (Altersbeschränkung)**, Zusatzleistung für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)**

✓ Weitere Leistungen:

Aufwendungen für ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen*, Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen* und Hospizleistungen*

- ✓ Aufwendungen für Mehrkosten bei Krankenrücktransporten aus dem Ausland, Bestattung/Überführung im Todesfall*, Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder*

* Bitte beachten Sie, dass für die mit * gekennzeichneten Leistungen tarifliche Erstattungshöchstgrenzen gelten.

** Erstattungshöchstbeträge in den ersten fünf Kalenderjahren

T598 07.21

- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ, im stationären Bereich bei wirksamer Honorarvereinbarung auch darüber hinaus

- ✓ Umfang der Versicherungsleistung:

Tarif	Zielgruppe	Tarifstufe	Erstattung
B	Beamte, Ehepartner von Beamten	B50	50 %
		B30	30 %
		BK20	20 %
		BG5	5 %
	Kinder von Beamten und Beamtenanwärtern	B20	20 %
BA	Beamtenanwärter, Ehepartner von Beamtenanwärtern	BA50	50 %
		BA30	30 %
		BAG5	5 %

- ✓ Für die besonderen Beihilferegeln in Hessen lautet die Tarifbezeichnung BH30 bzw. BHA30 an Stelle von B30 bzw. BA30. Im BH30/BHA30 beträgt der Erstattungsprozentsatz für stationäre Heilbehandlung 15 % statt 30 %.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ medizinisch nicht notwendige, z.B. kosmetische Behandlungen
- ✗ das medizinisch notwendige Maß übersteigende Behandlungen
- ✗ Behandlungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen
- ✗ alternative Behandlungsmethoden, die sich nicht praktisch bewährt und keine allgemeine Anerkennung gefunden haben
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten/Lebenspartner, Eltern oder

Kinder



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Durch summenmäßige Begrenzungen bei einzelnen Leistungen (vgl. „Was ist versichert?“) können Ihnen Eigenanteile entstehen.
- ! Bei bestimmten Behandlungen sind Sie verpflichtet, vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage vom Versicherer einzuholen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.
- ✓ Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Ausland-aufenthalts in einem anderen Land besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- Auch wenn eine in Ihrem Vertrag versicherte Person der gesetzlichen Krankenversicherung beiträgt oder bei einem anderen privaten Krankenversicherer eine weitere Krankheitskostenversicherung abschließt, ist uns dies mitzuteilen.
- Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Es kann im Einzelfall z.B. erforderlich sein, dass die versicherte Person ihre Behandelnden von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können. Darüber hinaus kann es ebenfalls erforderlich sein, dass Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Es kann abweichend davon auch eine andere Zahlungsweise (viertel-, halb- oder jährlich) vereinbart werden.

- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Säumniszuschlag und Mahnkosten führen. Unter bestimmten Umständen können Beitragsrückstände dazu führen, dass Ihnen nur noch Aufwendungen für Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erstattet werden.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht außerordentlich
 - rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht - kündigen. Später können Sie den Vertrag nur zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Das Gleiche gilt, wenn Sie einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwerben.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Ihre Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweisen, dass Sie über einen

anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen,
der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung
anschließt.