

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif KB. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (RB/KK 2009 und TB/KK 2009), dem Tarif KB, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Versicherungsfähig sind Personen mit Beihilfeanspruch. Nach Tarif KBK20 sind beihilfeberechtigte Personen während des bestehenden Dienstverhältnisses versicherungsfähig. Die Versicherungsfähigkeit nach Tarif KBK20 endet mit Ablauf des Monats, in dem das Dienstverhältnis endet, spätestens mit der Vollendung des 68. Lebensjahres. Die Erstattungsprozentsätze müssen dabei so bemessen sein, dass sie zusammengerechnet mit dem Beihilfebemessungssatz „100“ ergeben.

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.



Was ist versichert?

- ✓ Der Tarif KB bietet Ihnen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Schwangerschaft und Entbindung).
- ✓ Grundleistungen
 - Aufwendungen für ärztliche Leistungen (einschließlich Psychotherapie, Sitzungsanzahl begrenzt), Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (summenmäßige Begrenzung für Brillengestelle), Hebammen- und Heilpraktikerleistungen
 - Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, Unterbringung im Zweibettzimmer, chefärztliche/belegärztliche Leistungen, Hebammenleistungen und Transport zum/vom Krankenhaus
 - Aufwendungen für Zahnbehandlung (einschließlich Inlays) und Prophylaxe, Zahnersatz (einschließlich Implantate und Zahnkronen) und Kieferorthopädie
- ✓ Zusatzleistungen

Erstattet werden unter Anrechnung der Ansprüche nach den Beihilfevorschriften und der vorgenannten Grundleistungen Aufwendungen für:

 - Brillenfassungen (summenmäßige Begrenzung), Heilpraktikerleistungen, chefärztliche/belegärztliche Leistungen
 - zahnprophylaktische Leistungen sowie Material- und Laborkosten bei Zahnersatz und Kieferorthopädie (summenmäßige Begrenzung); in der Tarifstufe KBV besteht kein Anspruch auf Erstattung für diese zusätzlichen zahnärztlichen Leistungen
 - bei kurzfristigen Auslandsreisen: ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Mehrkosten für Rücktransport, Überführung, Bestattung (summenmäßige Begrenzung für Bestattung/Überführung)
- ✓ Zahlung eines Krankenhaustagegeldes für jeden vollen Kalendertag eines Krankenhausaufenthalts.



Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ, im stationären Bereich bei wirksamer Honorarvereinbarung auch darüber hinaus (=> Zusatzleistungen).



Umfang der Versicherungsleistung:

Tarifstufe	Grundleistungen	Zusatzleistungen
KB50	50 %	100 % ^{2), 3)}
KB30	30 %	100 % ^{2), 3)}
KB20	20 %	100 % ^{2), 3)}
KB10	10 %	100 % ^{2), 3)}
KBV50	50 %	100 % ^{2) 4)}
KBV30	30 %	100 % ^{2), 4)}
KBV20	20 %	100 % ^{2), 4)}
KBK20 ¹⁾	20 %	—

¹⁾ nur während eines bestehenden Dienstverhältnisses; kann nur in Verbindung mit der Tarifstufe KB30 abgeschlossen werden

²⁾ Brillenfassungen nur zu 80 %

³⁾ prozentuale Beschränkung bei nicht beihilfefähigen Aufwendungen für Material- und Laborkosten

⁴⁾ Verzicht auf die Erstattung der Zusatzleistungen im Zahnbereich



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 von uns einzuholen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.
- ✓ Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland 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.