

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

## TARIFE ABA, SBA, ZBA

### VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR BEAMTE IN DER AUSBILDUNG

Diese Tarife gelten nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

#### **Ergänzungen und Abweichungen zu den AVB Teil I und Teil II für Beamte in der Ausbildung nach den Tarifen ABA, SBA und ZBA**

- a) Aufnahmefähig sind nur Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare) sowie deren nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) und Kinder.
- b) Die Wartezeiten gemäß § 3 AVB werden erlassen.
- c) Die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifen ABA, SBA und ZBA endet mit Ablauf desjenigen Monats, in dem
  - ca) die Ausbildung oder das Studium beendet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als 6 Monate unterbrochen wird,
  - cb) die in Ausbildung befindliche Person das 34. Lebensjahr vollendet hat,
  - cc) die Höchstversicherungsdauer von 5 Jahren erreicht ist.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt eines Beendigungsgrundes schriftlich anzuzeigen. Vom 1. des auf den Fortfall der Versicherungsfähigkeit folgenden Monats wird die Versicherung nach den Tarifen AB, SB und ZB fortgesetzt. Der Beitrag wird nach dem bei Fortsetzung erreichten Alter festgesetzt.

#### **ABA Tarif für ambulante Heilbehandlung**

##### **1. Leistungsumfang**

---

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit den vereinbarten Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar nach

Tarifstufe ABA 50 zu 50%  
Tarifstufe ABA 45 zu 45%  
Tarifstufe ABA 40 zu 40%  
Tarifstufe ABA 35 zu 35%  
Tarifstufe ABA 30 zu 30%

##### **2. Serviceleistungen**

---

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen und allen versicherten Personen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern).

Wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken.

Wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen.

Außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern,
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen,
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen die Einschaltung von Spezialisten, die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung,
- individuelle „Patientenbegleitung“ durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke),
- bei Auslandsreisen  
24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern, ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Information von Angehörigen, Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen, Organisation von Transporten/Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt/Krankenhaus, Organisation von Auslandsrücktransporten, Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

## **ZBA Tarif für zahnärztliche Behandlung**

### **1. Leistungsumfang**

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) werden im Rahmen der vereinbarten Tarifstufe erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar

	ZBA 50	ZBA 45	ZBA 40	ZBA 35	ZBA 30
zu	50%	45%	40%	35%	30%

In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 b) AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt EUR

1.100	990	880	770	660
-------	-----	-----	-----	-----

erstattet.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen.

Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

## **SBA Tarif für stationäre Heilbehandlung**

### **1. Leistungsumfang**

- a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 AVB) werden mit den vereinbarten Prozentsätzen erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar nach

Tarifstufe SBA 3: die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 8 a) AVB) Mehrbettzimmer mit allgemeinärztlicher Behandlung,

Tarifstufe SBA 2: die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 b) AVB) Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.

- b) Wenn die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet wird, ist für nach der Tarifstufe SBA 2 Versicherte ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR vorgesehen (s. d) und f)).

- c) Wird eine niedrigere als die versicherte Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, ist gleichfalls ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe vorgesehen (s. d) und f)):

Versicherte Tarifstufe	In Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld
SBA 2	Mehrbettzimmer	20 EUR

- d) Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 d) AVB).
- e) Es können je nach Höhe des Beihilfeanspruchs folgende Erstattungsprozentsätze versichert werden:  
 im Rahmen der Tarifstufe SBA 3:  
 50%, 45%, 40%, 35%, 30%, 25%, 20%, 15%;  
 im Rahmen der Tarifstufe SBA 2:  
 50%, 35%, 30%, 25%, 20%, 15%;  
 Im Rahmen der Tarifstufe SBA 2 kann zusätzlich ein Erstattungsprozentsatz in Höhe von 100% versichert werden.
- f) Die in Abschn. 1. b) und c) angegebenen Krankenhaustagegelder werden entsprechend dem versicherten Erstattungsprozentsatz gezahlt.
- g) Aus der Tarifstufe und dem Erstattungsprozentsatz ergibt sich die Tarifbezeichnung, z.B. Tarifstufe SBA 2 mit 50%iger Erstattung = SBA 250.  
 Die Tarifstufe SBA 2 mit einem Erstattungsprozentsatz von 100% trägt die Tarifbezeichnung SBA 200.
- h) Nach Tarifstufe SBA 3 sind außerdem zu 100% erstattungsfähig die aus medizinischen Gründen erforderlichen Mehrkosten für eine medizinisch zwingend notwendige Rückführung in die Bundesrepublik Deutschland, sofern eine im Ausland akut eingetretene Erkrankung oder eine Unfallverletzung die Rückführung bedingt; die üblichen Fahrtkosten bleiben bei der Erstattung unberücksichtigt. Außerdem sind nach Tarifstufe SBA 3 erstattungsfähig die Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen bzw. wahlweise Überführungskosten in die Heimat, höchstens jedoch 6.000 EUR.  
 Als Ausland gilt nicht der gewöhnliche Aufenthalt nach § 1 Abs. 5 AVB und nicht die Bundesrepublik Deutschland.

## Anhang

### Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

#### § 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
  - 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
  - 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
  - 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
  - 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
 Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie  
 Rufnummer)

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

### TARIF BE 1

#### ERGÄNZUNGSTARIF FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE FÜR DIE WAHLELEISTUNG EINBETTZIMMER

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

---

#### 1. **Versicherungsfähigkeit**

---

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern für diese Personen für die Unterkunft im Zweibettzimmer durch Beihilfe, Heilfürsorge und/oder privaten Versicherungsschutz eine ausreichende Absicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

---

#### 2. **Leistungsumfang**

---

Bei einer stationären Heilbehandlung wird die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Ein-/Zweibettzimmer zu 100% erstattet. Wird das Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11d) AVB).

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100\*

(\*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

## TARIF BE

### ERGÄNZUNGSTARIF FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

---

#### 1. Versicherungsfähigkeit

---

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung, sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung erfolgt oder eine Versicherung in diesen Tarifen schon besteht, wobei der Beihilfebemessungssatz und der tarifliche Erstattungssatz zusammen 100% ergeben.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

---

#### 2. Leistungsumfang

---

Es werden unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen aus den o.g. vereinbarten Tarifen verbleibende Aufwendungen (soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen) erstattet:

- a) für ärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der GOÄ;
- b) für ärztlich verordnete Brillengläser, wenn die Beihilfe dafür eine Vorleistung erbracht hat. Sind jedoch nach der für die versicherte Person maßgeblichen Beihilfavorschrift Brillengläser nicht mehr beihilfefähig, werden für jedes ärztlich verordnete Brillenglas maximal 60 EUR erstattet. Unter Anrechnung weiterer Erstattungen ist der Erstattungsbetrag auf 100% des Rechnungsbetrages begrenzt;
- c) für Brillengestelle bis zu einem Höchstbetrag von 40 EUR;
- d) für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus bis zum Höchstsatz der GOÄ, sofern eine Vorleistung aus einem Tarif für privatärztliche Behandlung erfolgte;
- e) für zahnärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der GOZ (§ 4 Abs. 9a) AVB);
- f) für Zahnersatz zu 90%. In den ersten 2 Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz (§ 4 Abs. 9b) AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt 2.200 EUR erstattet;
- g) für ambulante (§ 4 Abs. 7 AVB) und stationäre (§ 4 Abs. 8 AVB) Heilbehandlung sowie für schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparatur von Zahnersatz, sofern diese Aufwendungen im Ausland entstehen.

Mit Ausnahme der Buchstaben b) und c) besteht ohne Vorleistung der Beihilfe keine Leistungspflicht.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100\*

(\*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)