

## Beihilfeberechtigte

Stand 01.01.2022

Stationäre Heilbehandlung	Tarife	S, R, W
Ambulante Heilbehandlung	Tarif	A
Zahn-Ergänzungstarife	Tarife	Z, ZE
Ergänzungstarife	Tarife	BW1, BW2 und B
Naturheilverfahren	Tarif	NH
Vorsorge – Impfungen – Präventionskurse	Tarif	VP
Krankenhaustagegeldversicherung	Tarif	10

## Tarif S

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### 1. bei stationärer Heilbehandlung

in einem Zwei- oder Mehrbett-Zimmer einschließlich privatärztlicher Behandlung

- für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus

bei Tarif <b>S60 = 60 %</b>	bei Tarif <b>S30 = 30 %</b>
bei Tarif <b>S55 = 55 %</b>	bei Tarif <b>S25 = 25 %</b>
bei Tarif <b>S50 = 50 %</b>	bei Tarif <b>S20 = 20 %</b>
bei Tarif <b>S45 = 45 %</b>	bei Tarif <b>S15 = 15 %</b>
bei Tarif <b>S40 = 40 %</b>	bei Tarif <b>SE = 20 %</b>
bei Tarif <b>S35 = 35 %</b>	

des Rechnungsbetrages.

- Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten oder bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt; es beträgt je 5 % Erstattungssatz EUR 0,90, so beispielsweise bei Tarif S50 EUR 9,-, bei Tarif S25 EUR 4,50. Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld.
- Bei Belegung eines Einbett-Zimmers wird der Erstattungsbetrag um einen Selbstbehalt gekürzt. Er beträgt je Krankenhaustag und je 5 % Erstattungssatz EUR 1,50, so beispielsweise bei Tarif S50 EUR 15,-, bei Tarif S25 EUR 7,50.
- Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und für den täglichen Selbstbehalt bei Behandlung im Einbett-Zimmer werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.
- Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2008 zu den obigen Erstattungssätzen eingeschlossen;

#### 2. bei ambulanter und stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung

die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung bis zu Rechnungs-

betragen von EUR 520,- je Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung. Die Erstattung richtet sich nach dem für stationäre Heilbehandlung tariflich vereinbarten Erstattungs-Prozentsatz. Voraussetzung für Leistungen bei einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung ist, dass die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes vor Antritt der Behandlung nachgewiesen wird. Die Erstattung wird erstmals für Behandlungen gewährt, die nach Ablauf einer Versicherungsdauer von 24 Monaten stattfinden. Weitere Erstattungen werden für Behandlungen gewährt, die nach Ablauf von 24 Monaten nach Beendigung der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung erfolgen;

#### 3. bei kurzfristigen Auslandsreisen

für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall

- in voller Höhe die durch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu EUR 12.000,-.

## Tarif R

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei stationärer Heilbehandlung die Aufwendungen für

- die allgemeinen Krankenhausleistungen entsprechend der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz,
- Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger,
- einen notwendigen Hin- und Rücktransport zum nächstgelegenen Krankenhaus

bei Tarif <b>R50 = 50 %</b>	bei Tarif <b>R25 = 25 %</b>
bei Tarif <b>R45 = 45 %</b>	bei Tarif <b>R20 = 20 %</b>
bei Tarif <b>R40 = 40 %</b>	bei Tarif <b>R15 = 15 %</b>
bei Tarif <b>R35 = 35 %</b>	bei Tarif <b>RE = 20 %</b>
bei Tarif <b>R30 = 30 %</b>	

des Rechnungsbetrages.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2008 zu den obigen Erstattungssätzen eingeschlossen.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden. Der Tarif RE endet mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen.

# Tarif W

## Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Versicherungsleistungen des Vereins verbleibende Aufwendungen

### 1. bei stationärer Heilbehandlung

100 % der über die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. nach dem Krankenhausentgeltgesetz hinausgehenden Kosten für

- gesondert berechnete Unterkunft in einem Ein- oder Zweibett-Zimmer, wahlweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von EUR 30,-;
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen, wahlweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von EUR 18,-.

Zu den ärztlichen Leistungen gehören auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte abweichende, sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt. Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland gilt dieses auch bei Überschreitungen des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2008 im Rahmen der Tarifbedingungen eingeschlossen;

### 2. bei ambulanter und stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung

die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 260,- je Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung. Voraussetzung für Leistungen bei einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung ist, dass die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes vor Antritt der Behandlung nachgewiesen wird.

Die Erstattung wird erstmals für Behandlungen gewährt, die nach Ablauf einer Versicherungsdauer von 24 Monaten stattfinden. Weitere Erstattungen werden für Behandlungen gewährt, die nach Ablauf von 24 Monaten nach Beendigung der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung erfolgen;

### 3. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kosten-

übernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzung sowie notwendige Zahnfüllung in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu EUR 12.000,-.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und die betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenze des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Versicherungsfähig sind im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnende Beihilfeberechtigte, die in einem der Tarife R versichert sind. Die Versicherung nach Tarif W endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

## Tarif S / Tarif W

### Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

**+49 711 - 99522001**

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

# Tarif A / Tarif Z / Tarif ZE

## Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

### 1. ambulante Heilbehandlung

für ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes; für Röntgendiagnostik, Laboruntersuchungen und Strahlentherapie; für Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel; für Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers

im Tarif <b>A60 = 60 %</b>	im Tarif <b>A30 = 30 %</b>
im Tarif <b>A55 = 55 %</b>	im Tarif <b>A25 = 25 %</b>
im Tarif <b>A50 = 50 %</b>	im Tarif <b>A20 = 20 %</b>
im Tarif <b>A45 = 45 %</b>	im Tarif <b>AE = 20 %</b>
im Tarif <b>A40 = 40 %</b>	im Tarif <b>AV = 20 %</b>
im Tarif <b>A35 = 35 %</b>	

des Rechnungsbetrages.

### 2. Vorsorgeuntersuchungen

die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;

### 3. Hilfsmittel

bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 130,- je Hilfsmittel bzw. Hilfsmittelpaar die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze. Die über die Grenze von EUR 130,- hinausgehenden Anteile der Rechnungsbeträge werden für kleine Hilfsmittel zur Hälfte, für große Hilfsmittel mit drei Viertel der tariflichen Erstattungssätze vergütet.

### 4. Digitale Gesundheitsanwendungen

die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;

### 5. zahnärztliche Heilbehandlung

die Kosten der Zahnbehandlung, des Zahnersatzes, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 1.300,- jährlich die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze.

Besteht als Zusatz der Ergänzungstarif Z, so werden von den jährlich EUR 1.300,- übersteigenden Rechnungsbeträgen je Tarifstufe 5 % vergütet. Die Tarifbezeichnung richtet sich nach dem Erstattungssatz. Der Erstattungssatz muss mindestens 20 % (4 Tarifstufen, Tarifbezeichnung Z20) betragen und darf nicht höher als der für ambulante Leistungen (Tarife A) sein.

Der Ergänzungstarif Z kann nur in Verbindung mit einem der unter Punkt „1. ambulante Heilbehandlung“ aufgeführten Tarife bestehen.

Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen, können, wenn sie in den Tarifen A und S bzw. A und R versichert sind, den Ergänzungstarif ZE abschließen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Personenkreis im Ergänzungstarif ZE ohne Risikoprüfung zu versichern, wenn dies innerhalb von 12 Monaten nachdem aufgrund der Änderung öffentlich-rechtlicher Beihilfavorschriften grundsätzlich kein Anspruch auf Beihilfeleistungen für Zahnersatz besteht, beantragt wurde.

Im Tarif ZE werden bei Zahnersatz für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen je Tarifstufe 5 % der hierauf entfallenden Rechnungsbeträge vergütet. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Die Tarifbezeichnung richtet sich nach dem Erstattungssatz. Die Erstattung des Versicherers ist unter Anrechnung von Versicherungsleistungen des Vereins und eventueller Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften auf 90 % dieser Rechnungsbeträge beschränkt. Die Versicherung nach dem Ergänzungstarif ZE endet mit dem Wegfall einer der Tarife A, S oder R.

Übersteigen beim Tarif AV für 1. ambulante Heilbehandlung, 2. Vorsorgeuntersuchungen, 3. Hilfsmittel und 4. Digitale Gesundheitsanwendungen zusammen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von EUR 2.600,-, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 10 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenzen der Tarife werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In die Tarife S, A und R können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Die Tarife SE / AE / RE können nur für Beihilfeberechtigte in Verbindung mit einem weiteren Tarif S / A / R bestehen, wobei die Erstattungsprozentsätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen dürfen. Die Tarife SE / AE / RE enden mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen. Erreicht der Erstattungsprozentsatz des verbleibenden Tarifes S, A oder R zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz nicht 100 %, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Weiterversicherung nach dem Tarif S, A oder R mit bedarfsgerechtem Erstattungsprozentsatz zu verlangen.

## Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in anderen EU-Staaten bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler nach folgenden Besonderen Bedingungen versicherungsfähig:

1. Die monatliche Beitragsrate richtet sich bei den Beitragsgruppen nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr.
2. Beitragsänderungen wegen Wechsels der Beitragsgruppe infolge Erhöhung des maßgeblichen Alters oder Beendigung der Versicherungsfähigkeit gelten nicht als Beitragserhöhungen im Sinne von § 13 (5) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

Die Versicherungsfähigkeit fällt weg mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder in dem der Versicherte das 34. Lebensjahr vollendet.

Von dem auf die Beendigung der Versicherungsfähigkeit folgenden Monatsbeginn an wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrages bedarf – ohne Unterbrechung in der Beitragsgruppe nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach deren Wegfall in Textform anzuzeigen. Innerhalb dieser Frist kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Wirkung zum Ende des Monats kündigen, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen.

## Besondere Bedingungen für Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen

I. In den Tarifen A30, AE, Z, S30, SE, R30, RE und W sind Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren nicht berufstätige Ehegatten unter folgenden Abweichungen von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen versicherungsfähig:

1. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung um den Buchstaben „B“ ergänzt.
2. Die Wartezeiten gemäß § 3 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfallen.
3. Psychotherapie

Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen werden gemäß § 4 des Teils II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diese vor

Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann für bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr erteilt werden.

### 3.2 Psychotherapie (Tarif mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen werden gemäß § 4 des Teils II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

- Bei den Tarifen BA30 und BAE errechnet sich die Erstattung entsprechend den Tarifen A30 bzw. AE unter Abzug eines jährlichen Selbstbehaltes je versicherte Person von EUR 75,- bei Tarif BA30 und von EUR 50,- bei Tarif BAE.
- Die Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung entfallen.

II. Die Versicherungsfähigkeit fällt weg mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung zu einem Beamtenberuf endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird, spätestens jedoch 36 Monate nach Beginn der Versicherung zu Besonderen Bedingungen oder in dem der Versicherte das 34. Lebensjahr vollendet.

Ist die Ausbildung 36 Monate nach Beginn der Versicherung zu Besonderen Bedingungen noch nicht beendet, sind die versicherten Personen vom folgenden Monatsbeginn an nach den dann für Neuzugang geltenden Besonderen Bedingungen versicherungsfähig.

Für den mitversicherten Ehegatten fällt darüber hinaus die Versicherungsfähigkeit mit Ablauf des Monats weg, in dem eine Berufstätigkeit aufgenommen wird.

Von dem auf die Beendigung der Versicherungsfähigkeit folgenden Monatsbeginn an, wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung in der Beitragsgruppe des jeweiligen Tarifes (A30, AE, Z, S30, SE, R30, RE und W), ohne die Besonderen Bedingungen nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach deren Wegfall in Textform anzuzeigen. Innerhalb dieser Frist kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Wirkung zum Ende des Monats kündigen, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen.

## Ergänzungstarife BW1, BW2 und B

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen des Vereins verbleibende Aufwendungen,

- für ärztliche persönliche und medizinisch-technische Leistungen bei stationärer Heilbehandlung;
- für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall;
- für zahnärztliche persönliche Leistungen und prophylaktische Leistungen, soweit sie die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte nicht überschreiten;
- für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen. In dem Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und in den beiden darauffolgenden Kalenderjahren werden zusammen bis zu EUR 3000,- erstattet. Die Aufwendungen gelten im Zeitpunkt der Behandlung als entstanden;

### Zusätzlich gilt für die Tarife BW1 und BW2

**Erstattet werden die über den Höchstsatz für die Kosten der Zahnbehandlung, des Zahnersatzes und der kieferorthopädischen Maßnahmen der Tarife A hinausgehenden Anteile der Rechnungsbeträge mit dem in den Tarifen A versicher-**

**ten Erstattungssatz, bei Tarif BW 1 höchstens bis 30 %, bei Tarif BW 2 höchstens bis 50 %.**

- für Leistungen durch Heilpraktiker, soweit sie dem Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebÜH) – herausgegeben 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland – entsprechen und die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen nicht überschreiten.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören bei stationärer Heilbehandlung (Ziffer 1) auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte abweichende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt. Bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung im Ausland (Ziffer 2) gilt dieses auch bei Überschreitung des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.

Soweit Beihilfavorschriften eine Selbstbeteiligung vorsehen, gehört diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen. Sofern bei stationärer Krankenhausbehandlung nur die Regelleistungen beihilfefähig sind, gehören gesondert berechnete ärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

Versicherungsfähig sind nur Beihilfeberechtigte, wenn und solange sie beim Verein dergestalt nach den Tarifen A und S bzw. A und R mit W versichert sind, dass die Erstattungsprozentsätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz nicht weniger als 100 % ergeben. Die Versicherung nach diesem Tarif endet mit Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

## Tarif NH

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

#### Naturheilverfahren

100 % des Rechnungsbetrags für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heilund Verbandmittel bis zu kalenderjährlich insgesamt 1.000,- EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,- EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,- EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung.

#### Vorrang anderer Versicherungsleistungen

Sind Naturheilverfahren durch die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch ein Versicherungsverhältnis im Basistarif (§ 152 VAG) oder durch eine beim Versicherer bestehende Krankheitskosten-Zusatzversicherung mitversichert oder besteht ein Anspruch nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH vor und sind zuerst bei dem jeweiligen Kostenträger geltend zu machen.

#### Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NH und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist – tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

## Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt. Erstattungen aus dem Tarif NH hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

## Auszug aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen, 6. Auflage 2012)

- Anthroposophische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
- Eigenblutbehandlungen
- Enzymtherapie
- Ernährungstherapie – komplementäre Allergiebehandlung
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik – Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie
- Umweltmedizin

## Tarif VP

### Versicherungsleistungen

#### A.

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bis zu 100 % der Aufwendungen für

1. ambulante medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), die von einem approbierten Arzt vorgenommen und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen abgerechnet werden.

Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch eine sportmedizinische Untersuchung.

Gendiagnostische Untersuchungen sind von der Erstattung ausgenommen.

2. Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO). Unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO werden Schutzimpfungen gegen Influenza, FSME und Tollwut erstattet.

Für Schutzimpfungen, die ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden, wird nicht geleistet.

3. Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches, fünftes Buch (SGB V), entsprechen. Kurse,

die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

#### B.

Der Versicherer stellt einen Beratungsservice für die medizinisch-psychologische Beratung der Versicherten zur Verfügung.

Die Beratung erfolgt anonym und kann telefonisch in Anspruch genommen werden.

#### Erstattungshöhe und -modalitäten

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 400 EUR je Kalenderjahr.

Die Erstattung für Präventionskurse erfolgt nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten und ist begrenzt auf maximal 100 EUR je Kalenderjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie angefallen sind, d. h. in dem die Untersuchung, Impfung oder die Teilnahme am Präventionskurs erfolgte.

#### Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif VP nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif VP und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist – tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

#### Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK entfallen die Wartezeiten.

---

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die Versicherungsschutz aus einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung haben. Die Versicherung nach Tarif VP endet mit dem Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

---

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs können mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Bei einer Änderung von § 20 Abs. 1 SGB V oder des Zertifizierungsverfahrens der Zentralen Prüfstelle Prävention ist der Versicherer berechtigt, das tarifliche Leistungsversprechen hinsichtlich dieser Änderung zu überprüfen und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des unabhängigen Treuhänders neu festzulegen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis in diesem Fall innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung außerordentlich kündigen.

Die allgemeinen Bestimmungen zu Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleiben unberührt.

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt der Vomhundertsatz 5 %.

## Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Erstattungen aus dem Tarif VP hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

## Tarif 10

### Krankenhaustagegeldversicherung

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Das Krankenhaustagegeld wird ungekürzt ausgezahlt. Es wird nicht auf Leistungen einer etwa bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angerechnet.

---

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Das Krankenhaustagegeld muss mindestens EUR 10,- betragen.

---

Die Tarife S, R, W, A, Z, ZE, BW, B, NH und 10 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009);

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt bei Tarif NH der Vomhundertsatz 5 %.

### Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt.