

Krankheitskosten-Tarif BE für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte
(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbestimmungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

**1.
Ambulante, stationäre und
zahnärztliche Behandlung**

100 %
der Aufwendungen unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung für

- Brillenfassungen bis zu 110 EUR Rechnungsbetrag,
- Krankentransporte bis zu einer Entfernung von 100 km,
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer,
- ambulante und stationäre Behandlung im Ausland.

Laborarbeiten und Materialien bei zahnärztlicher Behandlung werden unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung erstattet. Bei der Bemessung der Leistungen aus diesem Tarif wird eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von 60 % zugrunde gelegt.

Für Laborarbeiten und Materialien ist der Erstattungsbetrag für jede versicherte Person begrenzt auf insgesamt
1.025 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
2.050 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
4.100 EUR in jedem folgenden Versicherungsjahr.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen die genannten Höchstsätze in den ersten drei Versicherungsjahren. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Die im bisherigen Tarif zurückgelegte Versicherungsdauer wird angerechnet, sofern dieser Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung vorsieht.

**2.
Krankenrücktransport und
Leistung im Todesfall**

100 %
der Aufwendungen für einen Krankenrücktransport in die Bundesrepublik Deutschland oder Überführung im Todesfall an den Heimatort des Versicherten bzw. Bestattung am Sterbeort.

In den Beihilfavorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen werden nicht erstattet.

B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, für die beim Versicherer eine Grundversicherung nach den Tarifen BA, BS und BZ oder MA 50-20, MS 50-15 und MZ 50-20 (ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung) für Beihilfeberechtigte besteht, wobei der Erstattungsprozentsatz der Grundversicherung zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % ergeben muss. Endet die Grundversicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach Tarif BE.

C. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.