

Tarif BV PLUS

Ergänzungsversicherung zur Concordia Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

Teil III Tarife

Ergänzungsversicherung zur Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Der Tarif BV PLUS gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, gültig für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012, bestehend aus

Teil I - Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013) und
Teil II - Tarifbedingungen.

Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei der Concordia Krankenversicherungs-AG **nach dem Tarif BV** versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif BV, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif **BV PLUS**.

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:

1. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Bei ambulanter Kur- und Sanatoriumsbehandlung in anerkannten Kur- und Badeorten, die nicht ständiger Wohnsitz der versicherten Person sind, sowie bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenanstalten, Sanatorien, Heilstätten wird ein kostenunabhängiges Kurtagegeld gezahlt.

Es beträgt bei

**stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung 150 €
pro Tag.**

Die Behandlung muss vor Beginn ärztlich verordnet werden und durch Aufenthaltsbescheinigung des Sanatoriums bzw. Krankenhauses nachgewiesen werden.

Für diese Leistung entfällt der Leistungsausschluss nach § 5 Abs. 1d MB/KK 2013 sowie die Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2013.

Das Kurtagegeld beträgt bei

ambulanter Kurbehandlung 75 € pro Tag.

Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme muss durch ärztliche Begründung vor Beginn nachgewiesen werden. Weiterhin sind Beginn und Ende der Kurbehandlung durch Bescheinigung des Kurarztes, die Durchführung der Anwendungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nachzuweisen (Rechnungskopien können als derartige Nachweise anerkannt werden).

Ein Anspruch auf eine dieser Leistungen besteht **erstmalig 36 Monate nach Versicherungsbeginn**. Die Leistung ist **begrenzt auf eine Dauer von 28 Tagen**. Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung **mindestens 36 Monate** zurückliegt.

Diese Wartezeit (**nicht aber die Wartezeiten** gemäß § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2013) entfällt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, wenn sie unverzüglich nach einer **mindestens 14-tä-**

gigen (diese Mindestdauer entfällt im Falle einer medizinisch notwendigen Operation) medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung angetreten werden. Die Maßnahme muss durch die Krankheit begründet sein, die zur stationären Behandlung geführt hat.

2. Krankenhausbehandlung

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wird zum Ausgleich der Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson für versicherte Kinder (bis zum 14. Lebensjahr) ein kostenunabhängiges Krankenhaustagegeld in Höhe von **täglich 25 €** gezahlt. Die Unterbringung der Begleitperson im Krankenhaus ist durch Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

3. Transporte zur ambulanten Behandlung

Unter Abzug der Beihilfeleistungen werden die Transportkosten innerhalb Deutschlands an den Wohnort nach ambulanten Operationen zu 100 % erstattet. Erstattungsfähig sind - unter Abzug der Beihilfeleistungen - auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz der versicherten Person zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie sowie bei einer ärztlich bescheinigten Gehunfähigkeit zu 100 %.

4. Gebührenordnung

Abweichend von Ziffer 4 zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) leistet der Versicherer zusätzlich zur Kostenerstattung aus dem Tarif **BV** auch für Teile einer ärztlichen Liquidation, die die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung überschreiten, sofern es sich um ärztliche Maßnahmen im Rahmen einer stationären Heilbehandlung handelt und eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt wird. Gleiches gilt für ärztliche Liquidationen bei ambulanten Operationen.

5. Kurzfristige Auslandsreisen

a) Anstelle der Leistungen aus dem Tarif **BV** kann die versicherte Person bei Reisen bis zu 6 Wochen die Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten nach dem Tarif **BV PLUS** wählen.

Erstattet werden - ggf. abzüglich einer Vorleistung der GKV oder Beihilfe - die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes. Sofern die gesetzliche Krankenversicherung oder Beihilfe keine Leistungen erbringt, werden 100 % der Kosten für die folgenden Leistungspositionen übernommen:

- Ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, stationäre Behandlung, medizinisch notwendiger Transport in das nächstgelegene Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt sowie schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).
- Ersetzt werden weiterhin die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes aus dem Ausland an den Wohnort des Erkrankten bzw. in ein Krankenhaus am Wohnort. Die durch die Krankheit oder Unfall-

- folge verursachten Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person müssen belegt werden und die medizinische Notwendigkeit ist durch eine ärztliche Verordnung nachzuweisen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigere Transportmittel zu wählen.
- Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitung werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitperson medizinisch notwendig oder ärztlich verordnet bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet ist. Die durch den Rücktransport ersparten Flugkosten sind auf die Ersatzleistungen anzurechnen.
 - Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, so werden die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen Heimatwohnsitz bis zu 10.000 € ersetzt. Im Falle einer Beisetzung im Ausland werden entstandene Bestattungskosten bis zu 10.000 € vergütet.
- b) Weiterhin abgeändert werden in Abschnitt 5. dieses Tarifs auch die Bestimmungen des § 1 Abs. 4 und § 7 MB/KK 2013 sowie Ziffer 2 zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2013:
- Für Auslandsreisen, die zum Zwecke der Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz nach Abschnitt 5. dieses Tarifs.
 - Als Ausland im Sinne dieses Tarifes gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
 - Ist die Rückreise zum Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle, bis eine Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person möglich ist. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche eines Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- c) Abweichend von § 3 Abs. 2 MB/KK 2013 entfallen für kurzfristige Auslandsreisen die allgemeine Wartezeit und in Abweichung von § 3 Abs. 3 MB/KK 2013 die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.