



Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BV. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I (Musterbedingungen MB/KK 2013), Teil II (Tarifbedingungen TB/KK) und Teil III (Tarifbedingungen für den Tarif BV), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte. Sie sichert Sie gegen das ambulante, stationäre und zahnärztliche Krankheitskostenrisiko ab. Sie ersetzt den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz. Zusammen mit der Beihilfe erfüllt sie die gesetzliche Pflicht zur Versicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante, stationäre sowie zahnärztliche Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ Aufwendungen für verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- ✓ Gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen sowie von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen
- ✓ Aufwendungen für Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
- ✓ Psychotherapie
- ✓ Entziehungs- und Entwöhnungsmaßnahmen
- ✓ Anschlussheilbehandlungen
- ✓ Aufwendungen für palliativmedizinische Behandlungen in Hospizen
- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlungen und Zahnprophylaxe
- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich prothetischer und implantologischer zahnärztlicher Leistungen
- ✓ Aufwendungen für die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
- ✓ Aufwendungen für Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in § 5 MB/KK 2013.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Aufwendungen für Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte sind auf den Höchstsatz der amtlichen Gebührenordnung (GOÄ bzw. GOZ) und die Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker auf die Höchstgebühr nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) begrenzt.
- ! Bei Entziehungs- und Entwöhnungsmaßnahmen, bei Sehhilfen sowie bei Behandlungen im Ausland können Zahlungen anfallen.
- ! Bei bestimmten Behandlungsformen, z. B. bei Entziehungs- und Entwöhnungsmaßnahmen, bei Hilfsmitteln, bei der Unterbringung in gemischten Anstalten sowie bei psychotherapeutischen Behandlungen sind Sie verpflichtet, vor Behandlungsbeginn bzw. vor Ablauf der im Tarif festgelegten Höchstleistungsdauer eine schriftliche Leistungszusage vom Versicherer einzuholen.
- ! Im Zahnbereich gelten in den ersten drei Versicherungsjahren Erstattungshöchstbeträge.

Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013, TB/KK), insbesondere in den §§ 4 und 5 MB/KK 2013 sowie im Tarif BV.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Außerhalb Europas können Leistungserbringer bis zu drei Monate in Anspruch genommen werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins 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.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Versicherungsjahren, kündigen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge ohne Änderung des Leistungsumfangs, können Sie Ihren Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- In beiden Fällen wird Ihre Kündigung nur wirksam, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung, spätestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, nachweisen, dass Sie über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt, verfügen.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag für die betroffene versicherte Person binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht außerordentlich rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Der Versicherer kann einen entsprechenden Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Das Gleiche gilt, wenn Sie einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwerben.