

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BAN - TARIFE

FÜR BEAMTE IN DER AUSBILDUNG

Die AVB umfassen diese Tarife sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

L e i s t u n g e n d e r D K V ¹

1. Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen

1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, 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).

1.2 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

¹ Erstattungssätze siehe Nr. 6

2. TARIF H

2.1 Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, insbesondere zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern, zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit, zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes, Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden, Psychotherapie (siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 und 2.2 AVB)

bis zu	30 Sitzungen	zu	100 %,
von der	31. Sitzung an	zu	80 %,
von der	61. Sitzung an	zu	70 %,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Behandlungspflege
Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen), soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.
- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung und allgemeine Krankenhausleistungen vereinbart ist und durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Leistungen des Heilpraktikers bis zu den Regelhöchstsätzen² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Arznei- und Verbandmittel (siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Leistungen des Masseurs, des Masseur und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als üblich gelten Vergütungen bis zu den vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträgen.³
- Leistungen des Logopäden, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als üblich gelten Vergütungen bis zu den vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträgen.³
- Hilfsmittel (siehe § 4 Abs. 3.3 AVB).

2.2 Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

Erstattungsfähig sind

- bei den mit "Unfall" bezeichneten Leistungen jedoch nur dann, wenn sie auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist -

² Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

³ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

Aufwendungen für :

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen, funktionsanalytischer, funktionstherapeutischer und implantologischer Leistungen, kieferorthopädischer Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen, Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, } Unfall
- soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen⁴ Preise berechnet sind. } Unfall

Wir empfehlen Ihnen, bei den mit "Unfall" gekennzeichneten Leistungen vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

3. TARIF P

3.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen, hierzu zählen nicht: Wahlleistungen wie zum Beispiel die gegen einen Zuschlag erhältliche besondere Unterkunft, die gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte (wahlärztliche); belegärztliche⁵ Leistungen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

3.2 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt.

Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 511,29 EUR.

4. TARIF R

4.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.⁶
- Wahlärztliche⁷ und belegärztliche⁵ Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

⁴ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

⁵ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

⁶ Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

⁷ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

4.2 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld.

Das Tagegeld ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 30,68 EUR (Beispiel Tarifstufe 30 R: 30 % von 30,68 EUR = 9,20 EUR).

4.3 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt.
Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 613,55 EUR.

5. TARIF EBE

5.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Erstattungsfähig sind die nicht beihilfefähigen Mehraufwendungen für die Unterkunft im Einbettzimmer (Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Ein-/Zweibettzimmer).

5.2 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von 20,45 EUR.

6. Erstattungssätze

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2, 3, 4 und 5 geben, werden ersetzt:

			nach Tarifstufe	
			20H	30H
bei	ambulanter Heilbehandlung	zu	20 %	30 %
bei	unfallbedingten Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen), funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen, kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen	zu	20 %	30 %
bei	unfallbedingten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, unabhängig von den zugrundeliegenden zahnärztlichen Leistungen	zu	15 %	22,5 %
bei	sonstigen erstattungsfähigen zahnärztlichen Leistungen	zu	20 %	30 %
			nach Tarifstufe	
			20P 20R	30P 30R
bei	stationärer Heilbehandlung	zu	20 %	30 %
			nach Tarif	
			EBE	
		zu	100 %	

Den vereinbarten Erstattungsprozentsatz nennt bei den Tarifen H, P und R die Tarifstufe; zum Beispiel werden aus Tarifstufe 30 H für ambulante Heilbehandlung, aus Tarifstufe 30 R für stationäre Heilbehandlung je 30 % erstattet.

L e i s t u n g e n d e s V e r s i c h e r u n g s n e h m e r s

7. Monatliche Beitragsraten

- 7.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 7.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 7.3 Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24. bzw. 29. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

S o n s t i g e s

8. Wartezeiten

Alle Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.

9. Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende

- 9.1 Versicherungsfähig sind:
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (Anwärter, Referendare), die Anwärterbezüge - also keine Dienstbezüge - erhalten,
 - nicht berufstätige, bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der bei der DKV nach BAN-Tarifen versicherten Beamten im Vorbereitungsdienst,
- sofern bei Versicherungsbeginn das 33. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.
- 9.2 Die Versicherung nach BAN-Tarifen endet
- außer in den Fällen der §§ 13 bis 15 AVB - mit Ablauf des Monats, in dem
 - a) die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist,
 - b) die Ausbildung vorzeitig aufgegeben bzw. um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
 - c) der Anwärter oder Referendar das 34. Lebensjahr vollendet,
 - d) für die Versicherung nach den Tarifen H, P; R, EBE die Höchstvertragsdauer von fünf Jahren erreicht ist.
- Gleichzeitig endet dann auch für Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder die Versicherung nach BAN-Tarifen.
- Den Eintritt des Beendigungsgrundes nach Nr. 9.2 a oder b teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von zwei Monaten schriftlich mit.
- 9.3 Fällt Tarif R fort, endet auch die Versicherung nach Tarif EBE.

10. Fortführung der Versicherung

- 10.1 Besteht nach Eintritt des Beendigungsgrundes weiterhin Beihilfeanspruch, haben die versicherten Personen innerhalb von sechs Monaten das Recht, ihre Versicherung nach anderen Quotentarifen der DKV - Spezialtarife für Beihilfeberechtigte - in entsprechenden Tarifstufen fortzuführen, wenn nach diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Fortführung der Versicherung nach Quotentarifen erfolgt dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten. Der Beitrag wird nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter (Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr der Fortführung) festgesetzt.
- 10.2 Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, richtet sich die Fortführung der Versicherung nach Nr. 11.

Hinweis:

Die Versicherung nach den BAN-Tarifen H und R bzw. H und P wird auf Antrag des Versicherungsnehmers in den Tarif UNI umgestellt, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind, sich unmittelbar an die abgeschlossene Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit anschließt und innerhalb von zwei Monaten nach dem Abschluss die Umstellung der Versicherung in Tarif UNI beantragt wird. Die Umstellung erfolgt dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.
(Einen Tariffteil, aus denen die Leistungen etc. hervorgehen, senden wir Ihnen auf Anforderung zu.)

11. Anpassung des Versicherungsschutzes

11.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird

- bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes der Versicherungsschutz im Rahmen der BAN-Tarife,
- bei Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person der Versicherungsschutz im Rahmen anderer, für den Neuzugang geöffneter Krankheitskostentarife

angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach einer dieser Änderungen beantragt. Sie soll wirksam werden zum Beginn des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist. Wird der Antrag nicht spätestens in dem Monat gestellt, in dem die Beihilfeänderung wirksam wird, dann wird die Änderung zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Beihilfeänderung folgt.

Der Versicherungsschutz wird nur soweit angepasst, das er die Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person ausgleicht, ohne im Übrigen das Niveau des Schutzes zu verbessern (es bleibt also zum Beispiel bei einem Versicherungsschutz für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer des Krankenhauses).

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann - auch für laufende Versicherungsfälle - ohne Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

11.2 Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

kann die DKV den Versicherungsschutz - auch für laufende Versicherungsfälle - zum Beginn des zweiten Monats (auf Wunsch des Versicherungsnehmers schon zum Beginn des ersten Monats) nach der Erhöhung entsprechend herabsetzen. Der Versicherungsnehmer teilt der DKV die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes unverzüglich schriftlich mit.

11.3 Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

12. Begrenzung der Versicherungsleistung

Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen (wenn zum Beispiel eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

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

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ERGÄNZUNGSTARIF BAT

FÜR NACH BAN-TARIFEN DER DKV VERSICHERTE

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

L e i s t u n g e n d e r D K V

1. Ambulante Heilbehandlung, Zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Wenn für die versicherte Person bei den hier aufgeführten Leistungsarten Beihilfeansprüche bestehen, sind **erstattungsfähig** Aufwendungen für:

Ersetzt werden unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Leistungen aus Tarif H der BAN-Tarife:

- Leistungen des Heilpraktikers
soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker 1985 liegt 100 %

1.2 Wenn für die versicherte Person bei den hier aufgeführten Leistungsarten keine Beihilfeansprüche bestehen, sind **erstattungsfähig** Aufwendungen für:

Ersetzt werden:

- Zahnärztliche Leistungen:
 - Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen, Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,} 75 %
- soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
 - soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen¹ Preise berechnet sind. 75 %.

Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

¹ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

1.3 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

Ersetzt werden unter Anrechnung der Leistungen aus Tarif H der BAN-Tarife:

- Brillenfassung
(ab dem 15. Lebensjahr frühestens zwei Jahre nach Verordnung der letzten Brille)

bis zu 76,69 EUR.

2. Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen (siehe auch Nr. 5)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

Ersetzt werden unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Leistungen aus BAN-Tarifen:

- Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

- a) ärztliche Behandlung,
- b) Arznei- und Verbandmittel,
- c) Heilmittel (vgl. § 4 Abs. 3.2 AVB),
- d) stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung),
- e) den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- f) schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung mit plastischem Material (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen)

} 100 %

- Rückführung

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland, wenn die durch die Krankheit oder die Unfallfolgen verursachten Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person (nicht der Begleitperson) und die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

100 %

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Die Rückführung muss an den Heimatwohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

- Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, werden erstattet:

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung an ihren Heimatwohnsitz
 - bei Tod im europäischen Ausland
 - bei Tod im außereuropäischen Ausland
- im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandene Bestattungskosten

bis zu 5.112,92 EUR,
bis zu 10.225,84 EUR,
bis zu 5.112,92 EUR.

3. Krankenhaustagegeld

Die DKV zahlt bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von

12,78 EUR.

4. Monatliche Beitragsraten

- 4.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 4.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 4.3 Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24. bzw. 29. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

5. Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen nach Nr. 2

Nur für die in Nr. 2 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der AVB folgende Regelungen:

zu § 1 Abs. 4:

Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Der Auslandsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Wochen hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, bei Aufenthalt im außereuropäischen Ausland längstens für weitere zwei Monate.

zu § 4 Abs. 3:

Die von den in § 4 Abs. 2 Satz 1 genannten Behandlern verordneten Arznei- und Verbandmittel müssen nicht ausschließlich aus der Apotheke bezogen werden: an deren Stelle kann auch eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle für Arzneimittel treten.

6. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BAT versicherungsfähig ist, wer bei der DKV so nach BAN-Tarifen versichert ist, dass Beihilfebemessungssatz und Erstattungsprozentsatz insgesamt 100 % ergeben. Fällt auch nur einer der BAN-Tarife fort, endet die Versicherung nach BAT gleichfalls.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

8. Fortführung der Versicherung

Endet die Versicherung nach Tarif BAT, besteht jedoch weiterhin Beihilfeanspruch, und wird die bisher nach BAN-Tarifen bestehende Versicherung nach anderen Quotentarifen der DKV - Spezialtarife für Beihilfeberechtigte - fortgeführt, kann innerhalb von sechs Monaten beantragt werden, die Versicherung nach Tarif BAT vom Beginn des Folgemonats an ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten nach dem Ergänzungstarif BET der DKV fortzuführen. Bei Fortführung der Versicherung nach Tarif BET wird der Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter (Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr der Fortführung) festgesetzt.

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

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)