

Teil III Tarife AB und R-AB Krankheitskostentarife für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Beihilfeberechtigte AB

Die Tarife AB mit den Tarifstufen AB 50/45/40/35/30/25/20/20V und R-AB mit den Tarifstufen R-AB 100/50/45/40/35/30/25/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, können die Tarifstufe AB 20 V versichern.

Diese kann nur in Verbindung mit einer weiteren Tarifstufe bestehen, wobei die Erstattungsprozentsätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen dürfen. Sie endet mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen.

1.3 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Ambulante Heilbehandlungen einschl. Hilfsmittel und Transportkosten.

1.2 Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz einschl. Zahn- und Kieferregulierung.

1.3 Bei Aufenthalt in Kurorten Kosten für ambulante Heilbehandlungen in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen.

1.4 Die Aufwendungen gemäß 1.1 bis 1.3 werden in den einzelnen Tarifstufen zu folgenden Prozentsätzen erstattet:

| Tarifstufe | Erstattung |
|------------------------|------------|
| AB 50, R-AB 50 | 50 % |
| AB 45, R-AB 45 | 45 % |
| AB 40, R-AB 40 | 40 % |
| AB 35, R-AB 35 | 35 % |
| AB 30, R-AB 30 | 30 % |
| AB 25, R-AB 25 | 25 % |
| AB 20, AB 20V, R-AB 20 | 20 % |

In der Tarifstufe R-AB 100 werden die Aufwendungen gemäß 1.1 und 1.3 zu 100 % und die Aufwendungen gemäß 1.2 zu 100 % bzw. 60 % erstattet (siehe auch Abschnitt D).

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Die Leistungen von Ärzten umfassen insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers

Leistungen des Heilpraktikers werden erstattet im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH 85) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur

Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

2.1.4 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutz-Impfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Enzephalitis.

2.1.5 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen. Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird nur dann geleistet, wenn der Versicherer das vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.6 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.7 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.8 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

2.1.9 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.1.10 Physikalisch-medizinische Leistungen

Das sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, die durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden. Nicht erstattet werden die Kosten für z.B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

Gemäß § 4 (3) Teil I müssen alle Verrichtungen, auch wenn sie durch einen Masseur oder Krankengymnasten ausgeführt werden, von einem Heilbehandler verordnet worden sein.

2.1.11 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Heilbehandler verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Dazu zählen auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badeszusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

2.2 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das sind: Sehhilfen, Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen. Brillengestelle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 130 EUR erstattungsfähig.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art werden im Kalenderjahr einmal, für Arm- und Beinprothesen bei Erwachsenen sowie für Hörgerät, Sprechhilfe und handbetriebenen Krankenfahrstuhl alle vier Jahre zur Verfügung gestellt.

2.3 Wegegebühren und Transportkosten

Wegegebühren des Heilbehandlers und Kosten für medizinisch notwendigen Transport werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

2.4 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Im Rahmen von 1.2 werden die Kosten aller zahnärztlicher Verrichtungen erstattet einschl. Röntgenaufnahmen, Reparaturen von Zahnersatz, Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnlicher Eingriffe sowie Zahn- und Kieferregulierung.

Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind bis zum Regelhöchstsat (2,3-fachen Gebührensatz) erstattungsfähig.

C Anpassungsvorschriften

Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruches (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruches dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruches bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruches innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-AB

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-AB noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Studienzeit endet oder um mehr als 6 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von 4 Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif AB fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von 2 Monaten nach der Beitragserhöhung (Wegfall der Sonderbedingungen) durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu 2 Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-AB 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu 2 Monaten, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Nummer 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von max. 12 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-AB weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die Erstattung jedoch auf 60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages begrenzt.

Die Umstufung muss innerhalb von 4 Wochen beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung, und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.