

Tarif BB

mit Leistungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für Personen in der Ausbildung, die Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) oder in der KVB mitversichert sind.

Der Tarif BB gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (F8/ KK 2009), Teil II Tarifbedingungen (TB/ KK 09). § 10 TB/ KK 09 findet keine Anwendung.

Für den Tarif BB gilt:

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen in der Ausbildung, die das 34. Lebensjahr nicht überschritten haben, kein Gehalt aufgrund einer Einstufung in Gehaltsgruppen oder Dienstbezüge gemäß einer Zuordnung zu Besoldungsgruppen erhalten und Mitglied der KVB bzw. in der KVB mitversichert sind. Die versicherungsfähige Person ist berechtigt, den nicht berufstätigen Ehegatten und die Kinder mitzuversichern, weit auch für diese Anspruch auf Leistungen aus der KVB besteht.

2. Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 (2) und (3) RB/ KK 2009 entfallen mit Ausnahme der für Zahnersatz einschließlich der hierfür erforderlichen zahnärztlichen Verrichtungen.

3. Beitrag

Für die Dauer der Ausbildung, höchstens 36 Monate, ändert sich der Beitrag nicht wegen des Älterwerdens der versicherten Person. Ist die Ausbildung 36 Monate nach Versicherungsbeginn nicht beendet, ist für die versicherte Person vom 1. des Folgemonats an der Beitrag nach dem dann erreichten Alter zu zahlen. § 11 RB/ KK 2009 in Verbindung mit § 11 TB/ KK 09 finden Anwendung.

4. Ende der Versicherung

Die Versicherung endet außer in den in §§ 17, 18 und 19 RB/ KK 2009 genannten Fällen mit Ablauf des Monats, in dem

- die Versicherungsfähigkeit entfällt (vgl. Nr. 1) oder
- die Ausbildung vorzeitig aufgegeben bzw. um mehr als sechs Monate unterbrochen wird oder
- das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Für den mitversicherten Ehegatten endet außerdem die Versicherung, wenn dieser berufstätig wird oder der Anspruch auf Leistungen aus der KVB entfällt.

Der Eintritt der vorgenannten Beendigungsgründe ist dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen.

5. Fortführung der Versicherung nach anderen Tarifen

Besteht bei Eintritt der unter Nr. 4 genannten Voraussetzungen weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der KVB wird die Versicherung nach entsprechenden, für den Zugang geöffneten Tarifen für Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) unter Berücksichtigung des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat in diesen Fällen das Recht, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Personen zu kündigen. Die Kündigungsfrist beginnt mit Eintritt des Kündigungsgrundes und endet spätestens einen Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung. Die Kündigung wird zum Ende des Monats, in dem die Kündigungserklärung dem Versicherer zugegangen ist, wirksam.

- Wenn kein Anspruch auf Leistungen aus der KVB mehr besteht, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der unter Nr. 4 genannten Voraussetzungen verlangen, dass die Versicherung nahtlos nach anderen, für den Zugang geöffneten Tarifen unter Berücksichtigung des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters fortgeführt wird. In diesem Fall werden die Leistungen ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle erbracht, sofern hierfür jeweils dem Grunde nach Leistungsanspruch im bisher versicherten Tarif bestand.

Leistungen des Versicherers

Tarife BB1 und BB2 für Kosten einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Behandlung

6. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind bei

- ambulanter Heilbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für
 - ärztliche Leistungen und für vom Arzt verordnete Arzneien,
 - Heil- und Hilfsmittel sowie Hebammenleistungen,
- stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt nach
 - Tarif BB1
Die Aufwendungen für
 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung), medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
 - den gesondert berechneten Unterkunftszuschlag für das Einbettzimmer,
 - Tarif BB2
Die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, den gesondert berechneten Unterkunftszuschlag bis zur Höhe des Unterkunftszuschlages für das Zweibettzimmer, den medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,

6.3 zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

Zahnbehandlung, prophylaktische Leistungen, Zahnersatz, Zahnkronen aller Art, Zahn- und Keiferregulierung.

6.4 Heilpraktikerbehandlung die Aufwendungen für

Beratungen, Besuche und Behandlungen bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung sowie die Aufwendungen für Arzneien.

Erstattungsfähig sind bei kurzfristigen Auslandsreisen mit einer Dauer von höchstens acht Wochen

6.5 Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung,

6.6 die Mehrkosten eines notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransportes aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist,

6.7 im Todesfall die notwendigen Mehrkosten einer Überführung in den Heimatort oder die notwendigen Mehrkosten, die in der Bestattung am ausländischen Sterbeort begründet sind, höchstens bis zu € 5.112,92.

Der Reisebeginn ist nachzuweisen.

Mehrkosten im Sinne dieser Bedingungen sind:

Im Falle des Krankenrücktransportes die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten, im Todesfall diejenigen Kosten, welche die beim Ableben des Versicherten am Heimatort üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.

7. Umfang der Versicherungsleistungen

Die unter Anrechnung der Vorleistung der KVB verbleibenden Aufwendungen werden zu 100 % übernommen, höchstens jedoch

10 % des Rechnungsbetrages für ärztliche Leistungen und Arzneien nach Nr.6.1 a)

20 % des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Nm. 6.1 b), 6.2 aa), 6.2 b) und 6.3,

25 % des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 6.2 ab),

50 % des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 6.4.

Bei Inanspruchnahme niedrigerer Krankenhausleistungen als der versicherten wird neben der Erstattung der nach Vorleistung der KVB verbleibenden Kosten ein Krankenhaustagegeld gezahlt, und zwar nach Tarif BB1

€ 4,09 bei berechnetem Zuschlag für das Zweibettzimmer,

€ 9,20 bei vom Krankenhaus ausschließlich berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen

nach Tarif BB2

€ 5,11 bei vom Krankenhaus ausschließlich berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen.

B. Verzicht auf die Erstattung der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung

Auf die Erstattung der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung nach Nr. 6.2 kann verzichtet werden; der in diesem Fall zu zahlende Beitrag ergibt sich mit der Bezeichnung BBO aus der Beitragsübersicht.

Weitere Informationen können Sie über Ihren Ansprechpartner beziehen.