

# Tarif KBB

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

Versicherungsfähig sind Mitglieder der KVB als Versicherungsnehmer sowie ihre Angehörigen als versicherte Personen, soweit sie im Ortszuschlag des Versicherungsnehmers berücksichtigungsfähig sind.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Central innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen. Unter Anrechnung der erworbenen Fichte kann der Vertrag nach einem anderen Tarif der Central nahtlos fortgesetzt werden. In diesem Fall werden auch für die laufenden Versicherungsfälle die tariflichen Leistungen ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung gezahlt, sofern für diese Leistungen dem Grunde nach Leistungsanspruch nach dem bisher vereinbarten Tarif bestand.

## Leistungen des Versicherers

Tarife KBB1 und KBB2 für Kosten einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Behandlung

### 1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind bei

1.1 ambulanter Heilbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen und für vom Arzt verordnete Arznei
- b) Heil- und Hilfsmittel sowie Hebammenleistungen,

1.2 stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt nach

- a) Tarif KBB1  
die Aufwendungen für
  - aa) gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung), medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
  - ab) den gesondert berechneten Unterkunftszuschlag für das Einbettzimmer,
- b) Tarif KBB2  
die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, den gesondert berechneten Unterkunftszuschlag für das Zweibettzimmer, medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,

1.3 zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

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

1.4 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.

1.5 kurzfristigen Auslandsreisen mit einer Dauer von höchstens acht Wochen

Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransportes aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine (- Kindheitsschädigung zu befürchten ist,

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 € 5.112,92.

Mehrkosten im Sinne dieser Bedingungen sind:

- im Fall 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.

Der Reisebeginn ist nachzuweisen.

### 2. Umfang der Versicherungsleistungen

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

- 10 % des Rechnungsbetrages für ärztliche Leistungen und Arzneien nach Nr. 1.1 a),
- 20 % des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Nm. 1.1 b), 1.2 aa), 1.2 b) und 1.3,
- 25 % des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1.2 ab),
- 50 % des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1.4.

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 KBB1

€ 4,09 bei berechnetem Zuschlag für das Zweibettzimmer

€ 9,20 bei vom Krankenhaus ausschließlich berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen,

nach Tarif KBB2

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

### 3. Verzicht auf die Erstattung der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung

Auf die Erstattung der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung nach Nr. 1.2 kann verzichtet werden; der in diesem Fall zu zahlende Beitrag ergibt sich mit der Bezeichnung KBBO aus der Beitragsübersicht.

**Ergänzung zu dem Tarif KBB**

Den Mitgliedern der KVB und den in der KVB mitversicherten Ehegatten und Kindern, für deren Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten Anspruch auf Zuschüsse der DB besteht und die nach den entsprechenden Spezialtarifen EBHA, -S, -Z oder KBB der Cent rd versichert sind, wird folgende Vergünstigung eingeräumt:

Bei Wegfall des Anspruchs auf Zuschüsse der DB für Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Umstellung in für den Zugang geöffnete Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung, bei Umstellung nach Tarif GZ ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum Zeitpunkt des Wirksamwer-

dens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes jeweils dem Grunde nach Leistungsanspruch gegeben ist.

Die Vergünstigungen – Verzicht auf erneute Wartezeiten und ggf. auch der Verzicht auf eine erneute Gesundheitsprüfung – finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Änderung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall des Anspruchs auf Zuschüsse der DB gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er den Wegfall auf Zuschüsse der DB ausgleicht. Diese Änderung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Anspruch auf Zuschüsse der DB entfällt oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht.

Der Grund für den Wegfall des Anspruchs auf Zuschüsse der DB ist anzugeben und auf Verlangen der Cent rd nachzuweisen.

**Weitere Informationen können Sie über Ihren Ansprechpartner beziehen.**