

Tarif KBBF

Der Tarif KBBF gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK2009), Teil II Tarifbedingungen (TB/KK09). § 10 TB/ KK09 findet keine Anwendung. Versicherungsfähig nach Tarif KBBF sind in der KVB mitversicherte Ehegatten, die aufgrund des fehlenden Fürsorgeanspruchs gegen die DB ausschließlich Anspruch auf den allein aus Beitragsmitteln gedeckten Anteil der Tarifleistung – jedoch keinen Beihilfeanspruch gegen einen anderen Dienstherrn als die DB– haben.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Central innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen. Unter Anrechnung der erworbenen Rechte kann der Vertrag nach einem anderen Tarif der Central nahtlos fortgesetzt werden. In diesem Fall werden auch für laufende 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

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind

- 1.1 bei ambulanter Heilbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, vom Arzt verordnete Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Hebammenleistungen,
- 1.2 bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für
 - a) allgemeine Krankenhausleistungen sowie für den gesondert berechneten Unterkunftszuschlag im En- oder Zweibettzimmer,
 - b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung),
 - c) Leistungen einer freiberuflichen Hebamme,
 - d) medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
- 1.3 bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für Zahnbehandlung, prophylaktische Leistungen, Zahnersatz, Zahnkronen aller Art, Zahn- und Kieferregulierung,
- 1.4 bei 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 maximal acht Wochen

- 1.5 Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung,

1.6 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports 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,

- 1.7 im Todesfall die notwendigen Mehrkosten einer Überführung in den Heimatort oder die notwendigen Mehrkosten, die in der Bestattung am ausländischen Sterbeort begründet sind.

Der Reisebeginn ist nachzuweisen.

Mehrkosten im Sinne dieser Bedingungen sind:

- im Fall des Krankenrücktransports 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.

2. Umfang der Versicherungsleistungen

Die unter Anrechnung der Vorleistung der KVB verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

100 % für Aufwendungen nach den Nm. 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, 1.6,

100 % bis zum Höchstbetrag von € 5.112,92 für Aufwendungen nach Nr. 1.7,

50% für Aufwendungen nach Nr. 1.4

übernommen.

Werden bei einem medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt vom Krankenhaus ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen in Rechnung gestellt, so wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von € 12,78 gezahlt.

Weitere Informationen können Sie über Ihren Ansprechpartner beziehen.