

Tarif KDB

Mit Leistungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für Bundesbahnbeamte, die nicht Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) sind.

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

Versicherungsfähig sind Bundesbahnbeamte oder in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis zum Bund nach dem Bundesbahngesetz (BbG) stehende Personen, hauptamtliche Bahnärzte und Versorgungsempfänger der DB, die nicht Mitglied der KVB sind und keinen Beihilfeanspruch gegen einen anderen Dienstherrn als die DB haben. Die versicherungsfähige Person kann ihre Angehörigen mitversichern, soweit für deren Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten grundsätzlich Anspruch auf Zuschüsse der DB besteht.

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.

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 Ein- 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 Heilbehandlung 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

Gesundheitsschädigung 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 Krankentransports 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

Es werden die nach Zahlung des Zuschusses der DB in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten an Fürsorgeberechtigte, die nicht Mitglied der KVB sind, verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen

- zu 100 % für Aufwendungen nach den Nm. 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, 1.6,
- zu 100 % bis zum Höchstbetrag von € 5.112,92 für Aufwendungen nach Nr. 1.7,
- zu 80 % für Aufwendungen nach Nr. 1.4

erstattet.

Bei einer Entbindung kann anstelle der Erstattung der im Zusammenhang mit der Entbindung entstandenen Aufwendungen die Zahlung einer Pauschale von € 255,65 gewählt werden.

Werden bei einem medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt vom Krankenhaus ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen in Rechnung gestellt, so wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von € 7,67 gezahlt.

Weitere Informationen können Sie über Ihren Ansprechpartner beziehen.