

Combinations-System für Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Die Tarife EBH gelten 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 zu den Tarifen EBH. § 10 TB/KK 09 findet keine Anwendung.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifen EBH ist an die Mitgliedschaft der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) gebunden. Mit dem Ausscheiden aus der KVB erlischt die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifen EBH. Der Versicherer leistet auch für laufende Versicherungsfälle nur bis zu dem Zeitpunkt bis zu dem von der KVB Leistungen erbracht werden.

2. Leistungen des Versicherers

1. Tarif EBHA für ambulante Heilbehandlung

Die Gesellschaft erstattet bei ambulanter Heilbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für:

ärztliche Leistungen 100 % der durch die KVB nicht gedeckten Kosten, jeweils jedoch höchstens 10% des Rechnungsbetrages.

Arzneien, Heil- und Hilfsmittel sowie Hebammenleistungen zu 100 % der durch die KVB nicht gedeckten Kosten, jeweils jedoch höchstens 20 % des Rechnungsbetrages.

2. Tarif EBHS für stationäre Heilbehandlung

Die Gesellschaft erstattet die Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt:

a) nach Tarif EBHS1

die nach Vorleistung der KVB verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer sowie die Krankentransportkosten, jedoch jeweils höchstens 25 % der entstandenen Kosten.

Die nach Vorleistung der KVB verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden höchstens 20 % des Rechnungsbetrages erstattet.

b) nach Tarif EBHS2

die nach Vorleistung der KVB verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, für Krankentransport sowie für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, jedoch jeweils höchstens 20 % der entstandenen Kosten.

Diese Leistungen werden auch bei berechnetem Zuschlag für die Unterbringung im Einbettzimmer erbracht.

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 EBHS1 in Höhe von

EUR 4,09 bei berechnetem Zuschlag für das Zweibettzimmer,

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

- nach Tarif EBHS2 in Höhe von

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

Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet, so gelten die unter Tarif EBHS1 aufgeführten tariflichen Bestimmungen sinngemäß für die 1. Pflegeklasse und die unter Tarif EBHS2 aufgeführten tariflichen Bestimmungen sinngemäß für die 2. Pflegeklasse.

3. Tarif EBHZ für zahnärztliche Behandlung

Die Gesellschaft erstattet die Aufwendungen für:

Zahnbehandlung, prophylaktische Leistungen, Zahnersatz, Zahnkronen aller Art sowie für Zahn- und Kieferregulierung 100% der durch die KVB nicht gedeckten Kosten, jeweils jedoch höchstens 20% des Rechnungsbetrages.

Der Tarif EBHZ kann nicht selbstständig abgeschlossen werden. Voraussetzung für den Abschluss des Tarifes EBHZ ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz nach Tarif EBHA besteht oder beantragt ist. Mit Löschung des Tarifes EBHA erlischt auch die Versicherung nach Tarif EBHZ.

Teil III

Ergänzung zu den Tarifen EBHA, EBHS, EBHZ

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, -5, -Z oder KBB der Central 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 Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes jeweils dem Grunde nach Leistungsanspruch gegeben ist

Die Vergünstigungen — Verzicht auf neue Wartezeiten und ggf. auch der Verzicht auf eine erneute Gesundheitsprüfung — finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Änderung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall des Anspruchs auf Zuschüsse der DB gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er den Wegfall des Anspruchs 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 Central nachzuweisen.

Weitere Informationen können Sie über Ihren Ansprechpartner beziehen.