

Teil III Tarife SEB und R-SEB Ergänzungstarife für stationäre Behandlung für Beihilfeberechtigte

SEB

Die Tarife SEB mit den Tarifstufen SEB30/50/55/60/65/70/75/80/85 und R-SEB mit den Tarifstufen R-SEB30/50/55/60/65/70/75/80/85 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie Beihilfeansprüche nach Beihilfavorschriften bzw. -verordnungen besitzen und beim Versicherer gleichzeitig nach den Tarifen SB-R und SB-W derart versichert sind, dass der Erstattungsprozentsatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz "100" beträgt. Auf die Voraussetzung der Mitversicherung nach Tarif SB-R wird verzichtet, wenn anderweitiger Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen besteht.

1.2 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1.1 Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung
Es werden unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen aus den beim Versicherer bestehenden Tarifen verbleibende Aufwendungen erstattet für:

1.1.1 Stationäre ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen während eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

Soweit Beihilfavorschriften eine Selbstbeteiligung vorsehen, gehört diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

1.1.2 Stationäre Krankenhausbehandlung
Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen der gesondert berechenbaren Unterkunft im Einbett- und Zweibettzimmer.

1.2 Krankenhaustagegeld
Bei stationärer Krankenhausbehandlung sowie bei stationärer Entbindung erhält der Versicherte pro Tag in den einzelnen Tarifstufen ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

Tarifstufe	Krankenhaustagegeld
SEB30, R-SEB30	4,68 EUR
SEB50, R-SEB50	7,80 EUR
SEB55, R-SEB55	8,58 EUR
SEB60, R-SEB60	9,36 EUR
SEB65, R-SEB65	10,14 EUR
SEB70, R-SEB70	10,92 EUR
SEB75, R-SEB75	11,70 EUR
SEB80, R-SEB80	12,48 EUR
SEB85, R-SEB85	13,26 EUR

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.3 Rücktransport aus dem Ausland
Erstattet werden unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlichen Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen aus den beim Versicherer bestehenden Tarifen die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.

C Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

1 Auszahlung oder Gutschrift (zu § 8 Teil I und II)
1.1 wird eine Beitragsrückerstattung für diesen Tarif ausgezahlt oder gutgeschrieben, so wird sie für die versicherten Personen gewährt, die nach diesem Tarif ein volles Kalenderjahr versichert waren, für die aus dieser Zeit zu diesem Tarif keine Leistungen beansprucht wurden und für die gleichzeitig ein Beitragsrückerstattungsanspruch nach einem mitversicherten AB-Tarif besteht.

1.2 Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung ist nicht gegeben, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum 31. März des folgenden Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind oder der Vertrag aus anderen Gründen als Tod oder Eintritt der Krankenversicherungspflicht am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht.

1.3 Die Beitragsrückerstattung kann frühestens einen Monat nach der Veröffentlichung der Jahresrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr, nicht jedoch vor dem 1. Juli verlangt werden.

D Anpassungsvorschriften

1 Leistungsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Das Krankenhaustagegeld gemäß Abschnitt B 1.2 kann im Einverständnis mit dem Treuhänder bei sich ändernden Beihilfavorschriften angepasst werden, wenn dies im Interesse des Versicherten angezeigt ist.

2 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Veränderung des Beihilfeanspruches (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruches dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruches bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruches innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewährleisten.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-SEB

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B, C und D gelten für den Tarif R-SEB noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind Personen, die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

Die versicherte Person kann nur nach Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Studienzzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach den bestehenden Beihilfetarifen fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung (Wegfall der Sonderbedingungen) durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Nummer 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung, und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.