

3. Sonderbedingungen

Unter Ziffer 3 (Sonderbedingungen) finden Sie Änderungen und Ergänzungen der Allgemeinen Regelungen zum Baustein und der Tarifbedingungen.

Die Sonderbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Krankheitskosten-Versicherung und den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRZ50).

Sonderbedingungen für die Tarifkombinationen Beihilfe 100% Anwärter

Die Sonderbedingungen gelten, wenn mit uns für die →versicherte Person die jeweils doppelte Absicherung (Tarifkombination) nach den Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen vereinbart worden ist. Die einzelne Tarifkombination bezeichnen wir

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRZ50)
- Beihilfe Ambulant 100% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRA50D)
- Beihilfe Krankenhaus 100% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRK50D) und
- Beihilfe Zahn 100% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRZ50D)

Der Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (Kurzbezeichnung: BHRK50) sieht den Verzicht auf Leistungen gegen Beitragsreduzierung vor (siehe Tarifbedingungen Teil A Ziffer 2). Wenn mit uns für die versicherte Person diese Leistungseinschränkungen vereinbart worden sind, kennzeichnen wir die Tarifkombination BHRK50D mit dem Zusatz "BW".

Die Sonderbedingungen beinhalten die Regelung über die erforderlichen Eigenschaften, die die versicherte Person während der Versicherung nach den Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D, BHRZ50D erfüllen muss. Außerdem finden Sie hier Regelungen über die für die Tarifkombinationen gültigen Erstattungsprozentsätze und welches besondere Recht Sie auf Vertragsfortsetzung in anderen Krankheitskosten-Tarifen haben.

3.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person

Abweichend von Ziffer 2.1 der Tarifbedingungen für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50)

gilt für die Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D, BHRZ50D Folgendes:

Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesen Tarifkombinationen erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Erforderliche Eigenschaften während der Versicherung nach diesen Tarifkombinationen

a) Nicht berufstätige Person nach der Ausbildung zum Beamtenberuf

Die →versicherte Person ist nach diesen Tarifkombinationen versicherungsfähig, solange sie

- noch nicht 39 Jahre alt ist,
- unmittelbar nach Beendigung ihrer Ausbildung zum Beamtenberuf nicht berufstätig ist und
- keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach Absatz c) hat.

b) Nicht berufstätiger Ehegatte

Die →versicherte Person ist ebenfalls nach diesen Tarifkombinationen versicherungsfähig, solange sie

- noch nicht 39 Jahre alt ist,
- Ehegatte einer versicherten Person nach Absatz a) ist,
- nicht berufstätig ist und
- keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach Absatz c) hat.

c) Keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

Die →versicherte Person ist sowohl nach Absatz a) als auch nach Absatz b) außerdem nur versicherungsfähig, solange für sie kein Anspruch auf Leistungen aus

- der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung,
- der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder
- einer sonstigen anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(2) Wegfall einer erforderlichen Eigenschaft

a) Grundsatz

Bei Wegfall einer in den Absätzen 1 a) oder b) geregelten Eigenschaft enden die Tarifkombinationen für die betroffene →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt sind.

b) Besonderheit bei Eintritt einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall

Wenn für die →versicherte Person ausschließlich die Eigenschaft nach Absatz 1 c) entfällt, enden die Tarifkombinationen mit Beginn des Tages, ab dem für die versicherte Person ein Anspruch auf Leistungen aus

- der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung,
- der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder
- einer sonstigen anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall besteht.

3.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

3.2.1 Welche Bedeutung haben die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) der Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife?

- 3.2.2 Zu welchem Erstattungsprozentsatz ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Tarifkombinationen?**
- 3.2.3 Welche Reichweite haben die Leistungszusagen für Behandlungen im Ausland nach diesen Sonderbedingungen?**
- 3.2.4 Welche Besonderheiten gelten für ambulante und stationäre Entziehungsmaßnahmen?**
- 3.2.5 Welche besondere Regelung gilt für den Beginn des Versicherungsschutzes nach diesen Tarifkombinationen?**

3.2.1 Welche Bedeutung haben die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) der Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife?

Es gelten die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50).

Aus diesen ergeben sich insbesondere Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse und weitere Höchstgrenzen unserer Leistungspflicht. Durch die doppelte Absicherung erhöhen sich jedoch die Erstattungsprozentsätze (siehe Ziffer 3.2.2).

Als besondere →Obliegenheit muss uns deshalb in folgenden Fällen ein Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung eingereicht werden, wenn die hierfür zu erwartenden Aufwendungen jeweils innerhalb von 12 Monaten 2.500 Euro übersteigen.

- Bei jeder zahnärztlichen Heilbehandlung, die wegen eines Unfalls erforderlich wird.
- Bei kieferorthopädischen Leistungen, die wegen einer schweren Erkrankung erforderlich werden.

Die weiteren Voraussetzungen sowie die Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Obliegenheit finden Sie in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50).

3.2.2 Zu welchem Erstattungsprozentsatz ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Tarifkombinationen?

Durch die jeweils doppelte Absicherung nach den Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50)

ersetzen wir die nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erstattungsfähigen Aufwendungen zu folgenden Prozentsätzen:

(1) Aufwendungen für ambulante Behandlung (Tarifkombination BHRA50D)

a) Ambulante Behandlung in Deutschland

aa) Grundsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50) erstattungsfähigen Aufwendungen.

bb) Besonderheit bei Psychotherapie

1. Erstattungsprozentsatz bis zur 30. Sitzung

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50) erstattungsfähigen Aufwendungen. Der Erstattungsprozentsatz gilt pro →versicherte Person und Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung.

2. Erstattungsprozentsatz ab der 31. Sitzung

Wir ersetzen 70 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50) erstattungsfähigen Aufwendungen. Der

Erstattungsprozentsatz gilt pro →versicherte Person und Versicherungsfall ab der 31. Sitzung.

Die unter 1. und 2. genannten Erstattungsprozentsätze beziehen sich auf alle Sitzungen, die die versicherte Person für den →schwebenden Versicherungsfall in Anspruch nimmt. Zusätzlich gilt die Höchstgrenze unserer Leistungspflicht nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50).

cc) Besonderheit bei Krankentransporten, Krankenfahrten sowie Fahrten eines Notarztes

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter erstattungsfähigen Aufwendungen für

- Krankentransporte,
- Krankenfahrten und
- Fahrten eines Notarztes.

Durch die doppelte Absicherung nach den Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen Beihilfe Ambulant 50% Anwärter beläuft sich der Erstattungshöchstbetrag für Aufwendungen für Krankenfahrten wegen ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit auf 50 Euro. Dieser gilt pro →versicherte Person sowie Hin- und Rückfahrt. Wenn die Krankenfahrt im privaten Fahrzeug erfolgt, legen wir für die Ermittlung des Erstattungshöchstbetrags 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

dd) Besonderheit bei Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschalten werden sollen

Wir ersetzen 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschalten werden sollen, wenn

- nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50)
- der Anspruch auf Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für das Hilfsmittel nur zum geringeren Erstattungsprozentsatz besteht.

Wir ersetzen jedoch 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn das Hilfsmittel

- über uns bezogen oder beschafft worden ist,
- über uns weder bezogen noch beschafft werden kann oder
- im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von 2 Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden musste.

b) Ambulante Behandlung im Ausland

Bitte vergleichen Sie zur Reichweite der Leistungszusagen nach den Absätzen aa) und bb) auch Ziffer 3.2.3.

aa) Grundsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50) erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen bei allen Auslandsaufenthalten.

bb) Besonderheiten bei Reisen zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die →versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist, ersetzen wir abweichend von Absatz aa) nur 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen im Ausland. Das gilt nicht, wenn

- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Aufwendungen für stationäre Behandlung und ersatzweises Krankenhaustagegeld (Tarifkombination BHRK50D)

a) Stationäre Behandlung in Deutschland

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) erstattungsfähigen Aufwendungen.

b) Ersatzweises Krankenhaustagegeld

Wir zahlen anstelle des Aufwendungsersatzes ersatzweise ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) unterliegt.

Es gelten hierfür die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50). Durch die doppelte Absicherung nach diesem Tarif kann das ersatzweise Krankenhaustagegeld bis zu 50 Euro pro Tag hoch sein und sich wie folgt zusammensetzen:

aa) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 25 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

bb) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen

Wir zahlen 25 Euro, wenn

- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

c) Stationäre Behandlung im Ausland

Bitte vergleichen Sie zur Reichweite der Leistungszusagen nach den Absätzen aa) und bb) auch Ziffer 3.2.3.

aa) Grundsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen bei allen Auslandsaufenthalten.

bb) Besonderheiten bei Reisen zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die →versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist, ersetzen wir abweichend von Absatz aa) nur 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen im Ausland. Das gilt nicht, wenn

- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(3) Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (Tarifkombination BHRZ50D)

a) Ambulante und stationäre Behandlung in Deutschland

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50) erstattungsfähigen Aufwendungen.

b) Ambulante und stationäre Behandlung im Ausland

Bitte vergleichen Sie zur Reichweite der Leistungszusagen nach den Absätzen aa) und bb) auch Ziffer 3.2.3.

aa) Grundsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50) erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen bei allen Auslandsaufenthalten.

bb) Besonderheiten bei Reisen zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die →versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist, ersetzen wir abweichend von Absatz

aa) nur 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen im Ausland. Das gilt nicht, wenn

- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

3.2.3 Welche Reichweite haben die Leistungszusagen für Behandlungen im Ausland nach diesen Sonderbedingungen?

Die Leistungszusagen nach Ziffer 3.2.2 für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen im Ausland gelten für den Versicherungsschutz für alle Auslandsaufenthalte (Grundabsicherung bei Auslandsaufenthalten).

Sie verändern nicht den Versicherungsschutz für vorübergehende Auslandsaufenthalte und Serviceleistungen bei Auslandsaufenthalten. Hierfür gelten ausschließlich die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50).

3.2.4 Welche Besonderheiten gelten für ambulante und stationäre Entziehungsmaßnahmen?

Unsere Leistungspflicht für ambulante und stationäre Entziehungsmaßnahmen richtet sich nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50) und
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50).

Soweit eine Entziehungsmaßnahme durchgeführt wird und wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den folgenden Erstattungsprozentsätzen. Ihre Höhe hängt davon ab, ob es sich um die erste Entziehungsmaßnahme oder um die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme während der Vertragslaufzeit handelt:

Durch die jeweils doppelte Absicherung nach den Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50) und
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50)

ergeben sich folgende Erstattungsprozentsätze:

- 100 Prozent für die erste Entziehungsmaßnahme während der Vertragslaufzeit.
- 70 Prozent für die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme während der Vertragslaufzeit.

3.2.5 Welche besondere Regelung gilt für den Beginn des Versicherungsschutzes nach diesen Tarifkombinationen?

- Wenn Sie den Abschluss der Tarifkombinationen innerhalb von 6 Monaten beantragt haben, nachdem die nach Ziffer 3.1 Absatz 1 a) →versicherte Person ihre Ausbildung zum Beamtenberuf beendet hat, beginnt der Versicherungsschutz nach den Tarifkombinationen rückwirkend im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Ausbildung.
- Im Übrigen gelten die Regelungen über den Beginn des Versicherungsschutzes (siehe Teil C Ziffer 1) unverändert.

3.3 Höchstversicherungsdauer und weitere Regelung zur Beendigung

Abweichend zu den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50)

gilt nachfolgende Regelung über die besondere Höchstversicherungsdauer. Außerdem ist hier geregelt, dass eine Tarifkombination nicht nur zum Teil beendet werden kann.

3.3.1 Welche besondere Höchstversicherungsdauer ist vereinbart?

Die Tarifkombinationen enden für die nach Ziffer 3.1 Absatz 1 a) →versicherte Person mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 18 Monaten. Die Höchstversicherungsdauer beginnt mit dem Tag, der auf den Abschluss ihrer Ausbildung zum Beamtenberuf folgt.

Gleichzeitig enden in diesem Fall die Tarifkombinationen für den nach Ziffer 3.1 Absatz 1 b) versicherten Ehegatten.

3.3.2 Kann eine Tarifkombination nur teilweise beendet werden?

Mit Beendigung eines Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifs

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) oder
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50)

endet für die betroffene →versicherte Person jeweils auch der andere Tarif mit demselben Leistungsbereich der Tarifkombination BHRA50D, BHRK50D oder BHRZ50D.

3.4 Besondere Informationspflichten für diese Tarifkombinationen

Welche besonderen Informationspflichten müssen Sie beachten?

Sie müssen uns unverzüglich informieren, nachdem die →versicherte Person

- die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 3.1 Absatz 1 c) nicht mehr erfüllt oder
- eine Berufstätigkeit aufgenommen hat.

Die Regelungen über die besonderen Informationspflichten nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50)
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50)

gelten nicht.

3.5 Vertragsfortsetzung nach Beendigung der Tarifkombinationen

Inhalt dieses Abschnitts:

3.5.1 Welches besondere Fortsetzungsrecht haben Sie, wenn für die versicherte Person ein Anspruch auf Beihilfe besteht?

3.5.2 Welches besondere Fortsetzungsrecht haben Sie, wenn für die versicherte Person kein Anspruch auf Beihilfe besteht?

3.5.3 Was gilt ergänzend für eine Vertragsfortsetzung?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für die Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

- Beihilfe Ambulant 50% Anwärter (BHRA50),
- Beihilfe Krankenhaus 50% Anwärter (BHRK50) und
- Beihilfe Zahn 50% Anwärter (BHRZ50)

sind Regelungen über die Umstellung in andere Krankheitskosten-Tarife vereinbart.

Soweit diese für den Fall gelten, dass

- die →versicherte Person die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt oder
- der Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif durch Ablauf der Höchstversicherungsdauer beendet worden ist,

gelten diese Regelungen nicht für die Versicherung nach den Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D oder BHRZ50D.

Wenn die Tarifkombinationen für die versicherte Person nach Ziffer 3.1 Absatz 2 oder wegen Ablaufs der Höchstversicherungsdauer (siehe Ziffer 3.3.1) beendet worden sind, haben Sie stattdes-

sen das Recht auf Vertragsfortsetzung ohne erneute Gesundheitsprüfung nach den folgenden Regelungen.

3.5.1 Welches besondere Fortsetzungsrecht haben Sie, wenn für die versicherte Person ein Anspruch auf Beihilfe besteht?

Wenn für die →versicherte Person ein Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes besteht, haben Sie folgendes Recht auf Vertragsfortsetzung:

(1) Fortsetzung in Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen

Sie sind berechtigt, für die →versicherte Person

- innerhalb von 2 Monaten nach der Beendigung der Tarifkombinationen
- den Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach den Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen der Tarif-Serien Beihilfe Ambulant, Beihilfe Krankenhaus und Beihilfe Zahn
- ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen. Die Versicherung nach diesen Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen beginnt rückwirkend im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D oder BHRZ50D.

Der Abschluss eines Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifs nach Satz 1 setzt jedoch jeweils voraus, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beendigung der Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D und BHRZ50D bei uns bereits nach einem Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif mit demselben Leistungsbereich versichert war. Soweit diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, müssen wir Ihren Antrag auf Vertragsfortsetzung nicht annehmen.

(2) Höhe des versicherbaren Erstattungsprozentsatzes

Sie können nur den Abschluss eines Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifs verlangen, dessen versicherter Erstattungsprozentsatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz für die →versicherte Person 100 Prozent nicht übersteigt.

3.5.2 Welches besondere Fortsetzungsrecht haben Sie, wenn für die versicherte Person kein Anspruch auf Beihilfe besteht?

Wenn für die →versicherte Person kein Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes besteht, haben Sie folgendes Recht auf Vertragsfortsetzung:

Sie sind berechtigt, für die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach der Beendigung der Tarifkombinationen den Abschluss eines Krankheitskosten-Tarifs im Rahmen einer →substitutiven Krankenversicherung zu verlangen.

Dies setzt voraus, dass

- die versicherte Person nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) des anderen Krankheitskosten-Tarifs versicherungsfähig ist und
- der andere Krankheitskosten-Tarif für den Neuzugang geöffnet ist.

Außerdem besteht das Recht nach Satz 1 nur für den Abschluss eines Krankheitskosten-Tarifs, der den Ersatz von Aufwendungen bis zu folgenden Prozentsätzen und Gebührensätzen beinhaltet:

(1) Ambulante Behandlung

100 Prozent der Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Stationäre Behandlung

100 Prozent der Aufwendungen für

- Leistungen des Krankenhauses bei Unterkunft im Zweibett-Zimmer,
- belegärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
- wahlärztliche und sonstige gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen bis zum 5,0fachen Gebührensatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(3) Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung

- 100 Prozent der Aufwendungen für Zahnbehandlung und

- 75 Prozent der Aufwendungen für Zahnersatz und Inlays (Einlagefüllungen)
bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Wir nehmen den Antrag auf Vertragsfortsetzung ohne neue Gesundheitsprüfung an, soweit für die →versicherte Person bis zum Zeitpunkt der Beendigung der Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D und BHRZ50D für die Leistungsbereiche nach den Absätzen 1 bis 3 jeweils die Tarifkombination mit demselben Leistungsbereich bestanden hat.

Die Versicherung nach dem Krankheitskosten-Tarif mit den Leistungsbereichen nach den Absätzen 1 bis 3 beginnt rückwirkend im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D und BHRZ50D.

3.5.3 Was gilt ergänzend für eine Vertragsfortsetzung?

Bei einer Vertragsfortsetzung nach Ziffer 3.5.1 oder Ziffer 3.5.2 gilt außerdem:

Für die Beitragsberechnung bei einer Vertragsfortsetzung nach Ziffern 3.5.1 oder 3.5.2 gilt Ziffer 1.6.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Wenn für die →versicherte Person vor Beginn der Versicherung nach den Tarifkombinationen BHRA50D, BHRK50D und BHRZ50D eine Krankheitskosten-Versicherung bestanden hatte, für die eine →Alterungsrückstellung gebildet worden ist, rechnen wir diese Alterungsrückstellung nach der Umstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen an.

Besondere vertragliche Vereinbarungen werden an den Leistungsumfang des neuen Tarifs angeglichen.