Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Tarif VitalPLUS
Tarif der Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2021, SAP–Nr.: 333775, 09.2021
Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

1.1 Im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sind folgende Kosten zu **100 %** erstattungsfähig:

a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die Leistung für Unterbringung, Verpflegung, Pflege, Therapie und allgemeine ärztliche Leistungen. Hierfür sind die Sätze der preiswertesten Zimmerkategorie des Krankenhauses erstattungsfähig.
Die Rehabilitationsmaßnahme muss in einem Krankenhaus durchgeführt werden, das einen Versorgungsvertrag mit einem gesetzlichen Rehabilitationsträger hat bzw. für das die Beihilfe Leistungen erbringt.

b) belegärztliche Leistungen.

Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.

1.2 Erstattet die zum Tarif VitalPLUS bestehende Krankheitskostenvollversicherung Kosten für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, werden diese Leistungen vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe, werden vom Erstattungsbetrag zusätzlich die Leistungen der Beihilfe nach Vorlage des Beihilfebescheides abgezogen.

2. Ersatztagegeld für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattet ein gesetzlicher Rehabilitationsträger die stationäre Rehabilitationsmaßnahme, wird ein Ersatztagegeld in Höhe von **50 Euro** pro Tag gezahlt.
Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

3. Kuren

Bei ärztlich verordneten Kuren in einer Kurklinik wird ein Kurtagegeld in Höhe von **75 Euro** pro Tag für maximal 28 Tage in drei Kalenderjahren gezahlt.
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe, reduziert sich dieses Kurtagegeld auf **40 Euro** pro Tag.
Der Zeitraum von drei Kalenderjahren umfasst das Jahr der Kur, für das die Leistungen beantragt werden, und die beiden vorangegangenen Jahre.
Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.

4. Entziehungsmaßnahmen

4.1 Im Rahmen einer Entziehungsmaßnahme sind folgende Kosten zu **80 %** erstattungsfähig:
Stationäre Entziehungsmaßnahmen:

a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die Leistung für Unterbringung, Verpflegung, Pflege, Therapie und allgemeine ärztliche Leistungen. Hierfür sind die Sätze der preiswertesten Zimmerkategorie des Krankenhauses erstattungsfähig.
Die Entziehungsmaßnahme muss in einem Krankenhaus durchgeführt werden, das einen Versorgungsvertrag mit einem gesetzlichen Rehabilitationsträger hat bzw. für das die Beihilfe Leistungen erbringt.

b) belegärztliche Leistungen.

Ambulante Entziehungsmaßnahmen:
Arzt- und Arzneimittelkosten.

Erstattungsfähig sind die Kosten für insgesamt drei ambulante oder stationäre Entziehungsmaßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit.

Es besteht kein Anspruch, wenn ein anderer Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger) in Anspruch genommen werden kann.

4.2 Erstattet die zum Tarif VitalPLUS bestehende Krankheitskostenvollversicherung Kosten für eine Entziehungsmaßnahme, werden diese Leistungen angerechnet. Aus dem Tarif VitalPLUS sind dann noch zwei Entziehungsmaßnahmen erstattungsfähig.
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe, werden vom Erstattungsbetrag zusätzlich die Leistungen der Beihilfe nach Vorlage des Beihilfebescheides abgezogen.

5. Hilfsmittel

5.1 Die Kosten für Hilfsmittel in Standardausführung sind zu **80 %** erstattungsfähig,

- wenn das Hilfsmittel in der zum Tarif VitalPLUS bestehenden Krankheitskostenvollversicherung nicht aufgeführt ist oder
- dort den „sonstigen Hilfsmitteln“ zugeordnet wird und
- wenn kein anderer Kostenträger (wie z. B. Pflegepflichtversicherung oder Integrationsamt) in Anspruch genommen werden kann.

5.2 Erstattet die zum Tarif VitalPLUS bestehende Krankheitskostenvollversicherung Kosten für „sonstige Hilfsmittel“, werden diese Leistungen vom Erstattungsbetrag abgezogen.
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe, werden vom Erstattungsbetrag zusätzlich die Leistungen der Beihilfe nach Vorlage des Beihilfebescheides abgezogen.

5.3 Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.
Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel bzw. Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien).

5.4 Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der unter Nr. 5.1, 5.2 und 5.3 genannten Voraussetzungen.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Erstattungsgrundsätze

Arztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Einholen einer vorherigen Zusage

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in sogenannten „gemischten Anstalten“ gemäß § 4 Teil I Absatz 5 AVB/VT sowie Entziehungsmaßnahmen werden erstattet, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

3. Begriffsdefinition Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation, Kur

Anschlussheilbehandlung (AHB): Bei einer Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Weiterbehandlung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt. Sie muss i.d.R. innerhalb von 14 Tagen angetreten werden. Die Anschlussheilbehandlung ist erforderlich nach schweren Erkrankungen und großen Operationen wie z. B. einer Operation am Herzen, bei einem Schlaganfall oder einer schweren Krebserkrankung. Hier steht die ärztliche Heilbehandlung im Vordergrund.
Hinweis: Anschlussheilbehandlungen werden nicht aus dem Tarif VitalPLUS, sondern gemäß den Regelungen in der zum Tarif VitalPLUS bestehenden Krankheitskostenvollversicherung erstattet.

Rehabilitation: Ziel einer Rehabilitationsbehandlung ist, dass die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann und/oder die

Bewältigung des Alltags gewährleistet ist. Bei chronischen Erkrankungen soll das Fortschreiten gelindert werden. Eine Rehabilitationsbehandlung ist oft im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig und sollte innerhalb von 42 Tagen nach der Krankenhausentlassung angetreten werden.

Kur: Eine Kurbehandlung dient der Verhinderung einer schweren gesundheitlichen Störung und/oder der Stärkung einer bereits geschwächten Gesundheit, z. B. im Rahmen einer Mutter-Kind-Kur. Die ärztlich verordnete Kurbehandlung erfolgt in dafür vorgesehenen Kurkliniken in einem anerkannten Kurort.

4. Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig in diesem Tarif sind Personen, die beim Versicherer in einem Tarif der Krankheitskostenvollversicherung gemäß § 193 Absatz 3 VVG versichert sind (mit Ausnahme von Beamtenanwärtertarifen).
Die Versicherung im Tarif VitalPLUS endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung in der Krankheitskostenvollversicherung endet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte

Besondere Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung zum Tarif VitalPLUS
Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex), der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit
Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif VitalPLUS vereinbart werden. Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

a) Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben,
b) nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner der nach a) versicherten Personen,
c) nach Beendigung der Ausbildung vorübergehend arbeitslose Personen, die beim Versicherer bereits bisher nach Besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung versichert waren.

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich mitzuteilen.

2. Ende der Besonderen Bedingungen
Die Besonderen Bedingungen entfallen für:
Personen nach Buchstabe a):

- mit Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung,
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe b):

- mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit,
- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe c):

- mit Beendigung der Arbeitslosigkeit,
- nach maximal zwölf Monaten,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Entfallen der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif VitalPLUS weitergeführt. Der Beitrag in diesen Tarifen richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

3. Beiträge
Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25 - 29 bzw. 30 - 34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.