



**Versicherer im
Raum der Kirchen**

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

Gruppenversicherung

TARIF GBE3

Gruppen-Beihilfeersatzversicherung

gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

A. Allgemeines

I. Geltungsbereich

In Ergänzung des § 1 (4) MB/KK besteht im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz für die Dauer von 3 Monaten. Für die Folgemonate kann der Versi-

cherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers gegen Zahlung eines Beitragszuschlags ausgedehnt werden.

II. Vorerkrankungen

In Ergänzung des § 1 MB/KK kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrags von besonderen Bedingungen abhängig machen, wenn das Risiko durch

Vorerkrankungen erhöht ist.

III. Versicherbarer Personenkreis (Versicherungsfähigkeit)

- a) Versicherungsfähig sind Angestellte einer Einrichtung, die mit der Pax-Familienfürsorge einen Rahmenvertrag geschlossen hat und die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.
- b) Angehörige können nur zusammen mit dem Versicherungsnehmer selbst versichert werden.
- c) Bei Heirat kann der Versicherungsnehmer seinen Ehegatten innerhalb von zwei Monaten nach Eheschließung zur Beihilfeersatzversicherung anmelden. Voraussetzung ist, dass die Anmeldung zum

- 1. des Monats, in dem die Eheschließung stattgefunden hat, erfolgt.
- d) Bei Geschiedenen oder getrennt Lebenden haben die versicherten Personen das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungen fortzusetzen.
- e) Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

IV. Änderungen im Dienstverhältnis

Bei Änderungen im Dienstverhältnis kann die Beihilfeersatzversicherung weiter bestehen bleiben.

V. Ende des Dienstverhältnisses

Die Beihilfeersatzversicherung kann auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus weitergeführt

werden. Mit Vollendung des 65. Lebensjahres erhöht sich der Beitrag.

VI. Ruhestand

Bei Eintritt in Ruhestand kann die Beihilfeersatzversicherung weiter fortgeführt werden. Mit Vollendung des 65. Lebensjahres erhöht sich der Beitrag.

VII. Wartezeiten

Auf die Erfüllung von Wartezeiten wird verzichtet.

VIII. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- a) Die entstandenen Aufwendungen sind durch Vorlage von Urschriften der Krankheitskostenrechnungen nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten:
Vor- und Zuname, Bezeichnung der Krankheit, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes, Zahnarztes oder des Heilpraktikers mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, allgemeiner bzw. besonderer Pflegesatz, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigung einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung werden Urschriften gleich gestellt.
- b) Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie ggf. die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.
- c) Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- d) Übersetzungskosten trägt der Versicherer.

IX. Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

- a) In Ergänzung des § 8 a MB/KK ist für die Höhe der Beiträge das Eintrittsalter maßgebend. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem der Versicherungsvertrag beginnt.
- b) In Ergänzung des § 8 b MB/KK beträgt der in Abs. (1) festgelegte Vohundertersatz 5 %.
- c) Die Versicherung zum ermäßigten Beitrag ist für Kinder nur solange möglich, wie sich das Kind in Ausbildung befindet, spätestens jedoch mit Vollendung des 28. Lebensjahres wird die Versicherung zum Vollbeitrag weitergeführt.

X. Obliegenheiten

In Ergänzung von § 9 MB/KK gelten zusätzlich folgende Regelungen:

- a) Der Versicherungsnehmer muss alle Umstände, die nach den vorgenannten Bestimmungen Auswirkungen auf den Versicherungsvertrag haben, unverzüglich dem Versicherer in Textform melden.
- b) Der Versicherungsnehmer muss den Versicherer über den Wegfall der Beihilfe einer versicherten Person unverzüglich in Kenntnis setzen.

XI. Versicherungsjahr

In Ergänzung des § 2 MB/KK beginnt das erste Versicherungsjahr zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angege-

benen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

XII. Höchstleistungen

Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

B. Versicherungsleistungen

In Konkretisierung zu § 4 Abs. 1 MB/KK sind folgende Versicherungsleistungen erstattungsfähig:

I. Sehhilfen

Erstattungsfähig sind:

- 1) Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis zu insgesamt 160 € innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren. Der Zeitraum bezieht sich auf das Bezugsjahr der Sehhilfen sowie die beiden voran gegangenen Kalenderjahre.
- 2) Die Kosten werden mit **100 %** ersetzt.

II. Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind:

- 1) Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes. Die Erstattung ist begrenzt auf die Mindestsätze der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) und
- 2) Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.
- 3) Erstattet werden innerhalb eines Kalenderjahres die Kosten bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1.600 € in Höhe von **20 %**.
- 4) Kosten für psychotherapeutische Behandlungen beim Heilpraktiker sind nicht erstattungsfähig.

III. Zahnersatz

1) Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- a) Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen). Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung,
- b) Füllungen, auch Inlays (Gussfüllungen),
- c) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (im Rahmen der Zahnersatzmaßnahmen),
- d) Erstellen eines Heil- und Kostenplanes (im Rahmen der Zahnersatzmaßnahmen),
- e) zahntechnische Laborarbeiten zu marktüblichen Preisen (im Rahmen der Zahnersatzmaßnahmen),
- f) implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - Frendlücke, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen,
 - Fixierung einer Totalprothese.

Kosten für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnlücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen erstattungsfähig; Kosten für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

2) Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.300 € der erstattungsfähigen Kosten gezahlt. Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

3) Von den Kosten werden ersetzt:

30 % bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 7.700 €,

15 % der Kosten, die die Grenze von 7.700 € übersteigen,

jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe nicht mehr als insgesamt 90 % des Rechnungsbetrages.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

4) Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Kosten der versicherten Person mit. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 2.000 € hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

5) Die Kosten für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden zu 100 % ersetzt.

6) Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15fache Gebührensatz.

IV. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht und über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt,

- 1) die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen:
 - a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von § 115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen und
 - b) für ambulante Operationen (im Sinne von § 115b SGB V).
- 2) Erstattungsfähig sind außerdem die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer und

- 3) die Kosten für gesondert berechnete Zuschläge für Telefon, Radio- und Fernsehgeräte sowie Sanitärzelle.
- 4) Die Kosten werden ersetzt mit **100 %**.
- 5) Werden Leistungen entweder nach Nr. 1 **oder** Nr. 2 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von **16 €**. Werden Leistungen nach Nr. 1 **und** Nr. 2 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von **32 €**.
- 6) Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.
- 7) Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

V. Auslandsreise-Versicherungsschutz

Erstattungsfähig sind bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall

- 1) Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer.
Hierzu gehören Kosten für
 - a) ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
 - b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung,
 - c) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuankerfertigung von Zahnersatz und Kronen,
 - d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt,

- e) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt,
- f) Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.
- 2) Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für
 - a) medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
 - b) die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 10.000 € Versicherungsleistung,
 - c) die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

Die Kosten werden ersetzt mit **100 %**.

C. Monatsbeiträge

In den Beiträgen dieses Tarifs ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8 a (2) AVB vorgesehen.

Der Erst- sowie die Folgebeiträge werden anhand folgender Altersgruppe ermittelt:

Kinder:	0 – 18 Jahre
Personen in Ausbildung:	19 – 27 Jahre
Erwachsene:	18 – 64 Jahre
Erwachsene:	ab 65 Jahre

Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Altersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag zu zahlen.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Weitere Informationen zum Auslandsreise-Versicherungsschutz:

Im Schadenfall

Wenn Sie sich **ambulant** ärztlich behandeln lassen müssen, so achten Sie bitte darauf, dass auf der Rechnung des Arztes folgende Angaben enthalten sind: Name des Patienten, Diagnose, Behandlungsdaten sowie Einzelleistungen des Arztes. Legen Sie bitte Ihrem behandelnden Arzt die untenstehenden Hinweise vor.

Bei **stationärer Krankenhausbehandlung** informieren Sie uns bitte umgehend unter folgender Notrufnummer:

+49 69 6655533

Unter dieser Telefonnummer sind wir Tag und Nacht zu erreichen.

Originalrechnungen senden Sie bitte nach Vorlage bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung unter **Angabe der Versicherungsnummer** an:



**Versicherer im
Raum der Kirchen**

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung,
Doktorweg 2 – 4, 32756 Detmold,
Telefon 05231 9753078,
Telefax 05231 9753710

Hinweise bei einer Arztbehandlung im Ausland

(D) Wir bitten Sie, im Interesse Ihres Patienten, der bei uns versichert ist, Ihre Rechnung mit den folgenden für die Erstattung erforderlichen Angaben zu versehen:

1. Name des Patienten; 2. Diagnose; 3. Behandlungsdaten; 4. Einzelleistungen.

Wir danken Ihnen.

(E) En el interés de su paciente que está asegurado en nuestra empresa les rogamos hagan constar en su factura los siguientes datos necesarios para conseguir el reembolso:

1. nombre y apellido del paciente; 2. diagnóstico; 3. período de tratamiento; 4. especificación de las prestaciones.

Muchas gracias.

(GB) In the interest of your patient who is insured with our company, we kindly ask you to include in your invoice the following details which are required for the reimbursement:

1. patient's name; 2. diagnosis; 3. treatment dates; 4. individual services provided.

Thank you very much.

(P) Em defesa dos interesses do paciente por nós seguro, e para efeitos de reembolso, solicitamos que a sua factura mencione os seguintes elementos:

1 nome do paciente; 2 diagnóstico; 3 dados do tratamento; 4 serviços individuais prestados.

Muito obrigado.

(F) Dans l'intérêt de votre patient qui est assuré auprès de nos services, nous vous prions de bien vouloir indiquer sur votre facture les renseignements suivants qui sont nécessaires au remboursement:

1. nom du patient; 2. diagnostic; 3. dates de traitement; 4. détail des prestations.

Merci beaucoup.

(I) Nell'interesse del Vostro paziente assicurato presso la nostra compagnia Vi preghiamo di riportare sulla Vostra fattura le seguenti informazioni necessarie per poter effettuare il rimborso:

1. nome del paziente; 2. diagnosi; 3. periodo di trattamento; 4. elenco specifico delle prestazioni.

Grazie tante.