

Beihilfeablöseversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif B

Fassung Januar 2027

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung

(1) Der Versicherer bietet juristischen Personen des öffentlichen und privaten Rechts (Dienstherr oder Arbeitgeber = Versicherungsnehmer) Versicherungsschutz für die Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif B.

(2) Der Versicherungsfall ist das Entstehen eines Beihilfeanspruchs. Ein Anspruch gilt in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die ihn verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, des Einkaufs der Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes (Vertragsbeginn)

(1) Die Versicherung beginnt – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und frühestens mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags auf Abschluss einer Beihilfeablöseversicherung beim Versicherer folgt.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 An-, Um- und Abmeldung

(1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, für jeden Beihilfeberechtigten einschließlich dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen jeweils ein vom Versicherer dafür vorgesehenes Formular vollständig auszufüllen und dieses dem Antrag auf Abschluss der Beihilfeablöseversicherung beizufügen.

(2) Werden nach Versicherungsbeginn Personen beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig oder entfällt für eine oder mehrere Personen die Voraussetzung für die Gewährung von Beihilfen, ist dies auf einem vom Versicherer übermittelten Vordruck unter Angabe des Zeitpunkts der Änderung innerhalb von sechs Wochen anzugeben. Dasselbe gilt, wenn sich die Voraussetzungen für die tarifliche Eingruppierung geändert haben.

(3) Für Ansprüche von Personen, die zwar beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, jedoch dem Versicherer nicht in der angegebenen Zeit gemeldet wurden, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz umfasst die Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen für alle Personen, die ab Versicherungsbeginn nach den jeweils für den Versicherungsnehmer geltenden Beihilfevorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind.

§ 5 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 6 Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet die entstandenen Aufwendungen nach Maßgabe der jeweils für Beamte, Angestellte und Arbeiter geltenden Beihilfevorschriften und Beihilfetarifverträge des Landes und der zu ergehenden Bekanntmachungen und Richtlinien für den Vollzug der Beihilfevorschriften. Keine Leistungspflicht besteht für Aufwendungen, die unter Nichtbeachtung beihilferechtlicher Vorschriften oder ohne Vorliegen einer Deckungszusage gemäß § 7 Abs. 2 gewährt oder zugesagt werden.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die entstandenen Aufwendungen sind vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage des Beihilfeantrags mit den zugehörigen Belegen und – soweit vorgeschrieben – amtsärztlichen Gutachten nachzuweisen.

(2) Sehen die Beihilfevorschriften eine vorherige Anerkennung oder eine Kannleistung vor, so ist unverzüglich die Deckungszusage des Versicherers einzuholen.

(3) Der Versicherer erbringt nach Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer die Beihilfeleistung entweder an den Versicherungsnehmer oder in dessen Namen unmittelbar an den Beihilfeberechtigten. Die Zuständigkeit des Dienstherrn für die Festsetzung der Beihilfe bleibt unberührt.

(4) Beruht die Beihilfeverpflichtung weder auf einer Rechtsvorschrift noch auf der Anwendung der Tarifverträge für Angestellte und Arbeiter im öffentlichen Dienst, besteht abweichend von den vorstehenden Bestimmungen ein unmittelbarer Anspruch des Beihilfeberechtigten gegen den Versicherer, sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart ist, in diesem Fall gilt der Versicherer als Festsetzungsstelle im Sinne der Beihilfevorschriften.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Die monatlichen Sollbeiträge werden vom Versicherer über das Lastschriftverfahren vom Konto des Versicherungsnehmers in der ersten Kalenderwoche des Folgemonats abgebucht. Der Versicherungsnehmer erhält eine monatliche Abrechnung über die berechneten Sollbeiträge unter Aufführung aller bestehenden Einzelverträge.

§ 9 Beiträge

Die ab Beginn des Versicherungsschutzes gültigen monatlichen Prämien in Euro sind am Ende dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

Die Beiträge für Kinder werden erhoben für alle gemäß den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähigen Kinder, jedoch maximal bis zu dem Jahr, in

dem das 27. Lebensjahr vollendet wird. Ab dem auf die Vollendung des 27. Lebensjahres folgenden Jahr gelten die Erwachsenenbeiträge auch für nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige Kinder.

Für Personen in den Beitragsstufen 3 und 5 gilt ab dem Kalenderjahr, das auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt, der unter „ab 65 Jahren“ aufgeführte Beitrag. In den Tarifstufen 1 und 2 werden für Teilzeitbeschäftigte nach TVöD/TV-L die Beiträge um 50% reduziert und auf volle Cents aufgerundet, falls deren Arbeitszeit maximal 50% der Arbeitszeit eines entsprechenden Vollzeitbeschäftigten beträgt.

Einstufungsmerkmale

Für die Einstufung gilt der Grundsatz, dass Angehörige eines Beihilfeberechtigten nicht höher eingestuft werden als der Beihilfeberechtigte selbst. Ist in den nachstehenden Personenkreisen der Angehörige in einer höheren Stufe angegeben als der Beihilfeberechtigte, so ist der Angehörige maximal in die Beitragsstufe des Beihilfeberechtigten einzuordnen.

Zur Beitragsstufe 1 gehören

- a) Beihilfeberechtigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind,
- b) Ehegatten eines Beihilfeberechtigten, deren Gesamtbetrag der Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 EStG (siehe Anhang) über der in den Beihilfevorschriften festgelegten Verdienstgrenze liegt.

Zur Beitragsstufe 2 gehören

- a) Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und einen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (§ 257 SGB V – siehe Anhang) erhalten,
- b) pflichtversicherte Angehörige eines Beihilfeberechtigten,
- c) privat versicherte Angehörige, die einen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (§ 257 SGB V – siehe Anhang) erhalten und der Beihilfeberechtigte selbst freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und keinen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (§ 257 SGB V – siehe Anhang) erhält (Beitragsstufe 3).

d) Personen, die keiner Krankenversicherung angehören und für die Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 10 Abs. 2 und 4 BVG (siehe Anhang) besteht und die bei ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung den Bundesbehandlungsschein in Anspruch nehmen.

Zur Beitragsstufe 3 gehören

- a) Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und keinen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (§ 257 SGB V – siehe Anhang) erhalten,
- b) Rentner und Versorgungsempfänger, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beihilfeberechtigten, die in der Pflichtversicherung einer anderen Person erfasst sind (§ 5 Abs. 3 Nr. 2 BhV – siehe Anhang).

Zur Beitragsstufe 4 gehören

Personen, die privat versichert sind und einen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (§ 257 SGB V – siehe Anhang) erhalten mit Ausnahme der in Stufe 2 Absatz c) genannten Personen.

Zur Beitragsstufe 5 gehören

- a) Personen, die keiner Krankenversicherung angehören oder privat versichert sind und keinen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (§ 257 SGB V – siehe Anhang) erhalten,
- b) Personen, die einen Anspruch auf Krankenbehandlung gemäß § 10 Abs. 2 und 4 BVG (siehe Anhang) haben, keiner Krankenversicherung angehören oder
- c) privat krankenversichert sind und sich in aller Regel als Privatpatient behandeln lassen,
- d) Rentner und Versorgungsempfänger, die entweder keiner Krankenversicherung angehören oder privat versichert sind.

Zur Beitragsstufe 6 gehören

Personen, für die die Voraussetzungen der Beitragsstufe 1 gelten, die jedoch teilzeitbeschäftigt sind mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 0,1% bis einschließlich 50%.

Zur Beitragsstufe 7 gehören

Personen, für die die Voraussetzungen der Beitragsstufe 2 gelten, die jedoch teilzeitbeschäftigt sind mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 0,1% bis einschließlich 50%.

Ende der Versicherung

§ 10 Kündigung

(1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können den Versicherungsvertrag mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum 31. Dezember des Kalenderjahres kündigen.

(2) Ändert der Versicherer die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 12 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

(3) Ändert der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß § 12 Abs. 2, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Sonstige Bestimmungen

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 12 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie Beitragsanpassung

(1) Bei einer Änderung der Beihilfavorschriften oder der Beihilfetarifverträge ist der Versicherer berechtigt, entsprechend der hierdurch eintretenden Mehr- oder Minderbelastung, die Beiträge sowie die Einstufungsmerkmale ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen mit Zustimmung des Treuhänders neu festzusetzen.

(2) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern.

Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

(3) Die Beitragsanpassung gemäß Abs. 2 wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Monatliche Beiträge in €

Beitragsstufe	1	2	3	3 ab 65 Jahren	4	5	5 ab 65 Jahren	6	7
Erwachsene	1,24	5,24	11,98	29,94	59,88	399,11	997,76	0,62	2,62
berücksichtigungsfähige Kinder	0,38	2,16	4,95	-	35,12	233,99	-	0,19	1,08

Anhang – Gesetzestexte

Beihilfavorschriften des Bundes [BhV]

§ 5 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(3) Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind nach Maßgabe der Anlage 2 65 vom Hundert als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen. Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,

Bundesversorgungsgesetz [BVG]

§ 10

(2) Heilbehandlung wird Schwerbeschädigten auch für Gesundheitsstörungen gewährt, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind.

(4) Krankenbehandlung wird

a) dem Schwerbeschädigten für den Ehegatten oder Lebenspartner und für die Kinder (§ 33b Abs. 1 bis 4) sowie für sonstige Angehörige, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden,

b) dem Empfänger einer Pflegezulage für Personen, die seine unentgeltliche Wartung und Pflege nicht nur vorübergehend übernommen haben,

c) den Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48), Waisen (§§ 45 und 48) und versorgungsberechtigten Eltern (§§ 49 bis 51)

gewährt, um Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben oder die Folgen der Behinderung zu erleichtern. Die unter Buchstabe c genannten Berechtigten erhalten Krankenbehandlung auch zu dem Zweck, ihnen entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Bisherige Leistungsempfänger (Satz 1 Buchstaben a und b), die nach dem Tode des Schwerbeschädigten nicht zu dem Personenkreis des Satzes 1 Buchstabe c gehören, können weiter Krankenbehandlung erhalten, wenn sie einen wirksamen Krankenversicherungsschutz unter zumutbaren Bedingungen nicht erreichen können.

Einkommensteuergesetz [EStG]

§ 2 Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

(3) Die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug nach § 13 Absatz 3, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte.

Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch [SGB V]

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. Satz 1 gilt für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, deren Mitgliedschaft auf der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 beruht, entsprechend. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, die eine Beschäftigung nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht der Freiwilligendienstleistenden nach § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches für die Krankenversicherung zu tragen hätte.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 der Beitragssatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241. Absatz 1 Satz 3 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,

2a. sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt,

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,

4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,

6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) u. (2c) (weggefallen)

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Bezieher von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.