

Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

BONUS CARE-B

Tarifestufen 931 - 939

BONUS CARE-BA

Tarifestufen 021 - 028 für Beamtenanwärter und Referendare

Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)

für Wahlleistung Einbettzimmer

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherungen
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

Inhaltsverzeichnis

- A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit
- B. Leistungen des Versicherers
 - 1. Ambulante Heilbehandlung
 - 2. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung
 - 3. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung
(Aufbaustufe Tarif PLUS - T. 734)
 - 4. Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie
 - 5. Leistungen im Ausland
- C. Barausschüttung
- D. Leistungen des Versicherungsnehmers
- E. Beitragsbefreiung während des Bezugs von Elterngeld
- F. Leistungsanpassung
- G. Weiterversicherung
- H. Versicherungsdauer in der Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)
- I. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden
- K. Sonderbedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1. Aufnahme- und versicherungsfähig im Tarif BONUS CARE-B (Tarifstufen 931 - 938) sowie der Aufbaustufe Tarif PLUS sind sowohl aktive als auch pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen sowie Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls nach diesem Tarif mitversichert werden. Für Beamtenanwärter und Referendare gibt es Sonderbedingungen (siehe Buchstabe K.). Die Aufbaustufe Tarif PLUS kann nur zusammen mit einem Tarif, der für die stationären Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung leistet, abgeschlossen werden.

2. Die Tarifstufe 939 kann nur zusammen mit der Tarifstufe 936 abgeschlossen und aufrechterhalten werden. Sie ist beihilfeberechtigten Personen vorbehalten, deren Beihilfebemessungssatz nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften 50 % beträgt und mit Eintritt des Versorgungsfalls auf 70 % ansteigt.

Der prozentuale Erstattungssatz der Tarifstufen 936 und 939 beläuft sich bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, längstens jedoch bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, auf insgesamt 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Mit dem Eintritt des Versorgungsfalls und Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % entfällt die Tarifstufe 939. Die Tarifstufe 936 mit dem erstattungsfähigen Prozentsatz von 30 % bleibt bestehen.

Wird mit dem Eintritt des Versorgungsfalls bzw. der Vollendung des 67. Lebensjahres weiterhin ein die Beihilfe ergänzender Versicherungsschutz von 50 % benötigt, ist ein Wechsel von den Tarifstufen 936 und 939 in die Tarifstufe 932 vorzunehmen. Die erworbenen Rechte werden angerechnet. Es findet keine erneute Gesundheitsprüfung statt. Mit dem Wechsel ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

Die Summe aus Beihilfebemessungssatz und dem Prozentsatz der versicherten Tarifstufe muss stets 100 % ergeben.

B. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer leistet für die erstattungsfähigen Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung in folgendem Umfang:

| In Tarifstufe (BONUS CARE-B) | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| und Tarifstufe (BONUS CARE-BA, s. Buchstabe K.) | 021 | 022 | 023 | 024 | 025 | 026 | 027 | 028 | - |
| werden erstattet | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % | 20 % |

Ergibt sich in einzelnen Leistungsbereichen ein höherer Wert als 100 %, so beziehen sich die erstattungsfähigen Kosten auf die Differenz zwischen 100 % und dem Beihilfebemessungssatz.

Die jährliche tarifliche Eigenbeteiligung, bestehend aus den jeweils pro Kalenderjahr anfallenden prozentualen Beteiligungen der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß B. Ziff. 1 bei ärztlichen Leistungen und ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln wird auf den sich für Beihilfeberechtigte aus § 193 Abs. 3 VVG ergebenden Betrag begrenzt.

1. Ambulante Heilbehandlung

Im Tarif BONUS CARE-B steht für die ambulante Heilbehandlung durch Ärzte das sogenannte Primärarztprinzip im Vordergrund. Die Höhe der Leistung richtet sich danach, ob für die ambulante Heilbehandlung zuerst ein Hausarzt oder gleichgestellter Arzt aufgesucht wurde. Wird ein anderer Arzt ohne vorherige Überweisung des Hausarztes aufgesucht, verringert sich die tarifliche Leistungshöhe.

Als **Hausarzt** oder **gleichgestellter Arzt** gelten:

Arzt ohne Gebietsbezeichnung, praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, als Hausarzt tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung (s. Anhang, Ziff. 2), Facharzt für Gynäkologie, Facharzt für Augenerkrankungen, Facharzt für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung (s. Anhang, Ziff. 3), Notarzt, Bereitschaftsarzt.

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **ärztliche Leistungen**

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten

und

ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel

- wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall ein Hausarzt oder ein gleichgestellter Arzt in Anspruch genommen wird **in Höhe des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe**
- wenn ein Facharzt nach Überweisung eines Hausarztes oder eines gleichgestellten Arztes in Anspruch genommen wird **in Höhe des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe**

Die Überweisung ist durch einen Überweisungsschein oder die Rechnung des Hausarztes bzw. gleichgestellten Arztes zum Facharzt zu belegen.

- wenn ein Facharzt ohne Überweisung eines Hausarztes oder eines gleichgestellten Arztes in Anspruch genommen wird zu **75 % des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe**.
- Als **Arzneimittel** gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten **nicht**

Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.

- **psychotherapeutische Behandlung**
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf und deren jeweilige Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet.
Erstattungsfähig sind bis zu 50 Sitzungen pro Versicherungsjahr.
- **Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger**
soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.
- **Heilpraktikerbehandlung**
Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel. Als solche gelten nicht die oben unter Arzneimittel ausgeschlossenen Mittel.
- **ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege**
Häusliche Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.
- **logopädische Behandlung**
Erstattungsfähig sind die Behandlungskosten bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.
- **Heilmittel**
Erstattungsfähig sind die Kosten bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.
Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin.
Die in den Beihilfeverordnungen genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen.
- **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen)
Erstattungsfähig sind die Kosten für beihilfefähige Hilfsmittel.
Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.
- **Sehhilfen** (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen)
 - Erstattet werden je versicherte Person innerhalb von zwei Jahren Kosten bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR.
 - Bei Änderung der Sehfähigkeit auf einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb dieses Zeitrahmens bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR geleistet.
- **Transporte**
zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit sie medizinisch notwendig sind und ärztlich bescheinigt werden.
- **Vorsorgeuntersuchungen** (siehe auch nachfolgend unter C.)
Erstattungsfähig sind die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 bis 29 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsatz (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten.
- **Schutzimpfungen** (siehe auch nachfolgend unter C.)
soweit sie von der Ständigen Impfkommission empfohlen (siehe Anhang, Ziff. 4), gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsatz (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten.
- **ambulante Entbindung oder Hausentbindung** (siehe auch nachfolgend unter C.)
 - ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsatz (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten,
 - Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.
- **ambulante Kuren**
Die Kosten für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel werden gemäß den oben festgelegten Grundsätzen ohne zeitliche Begrenzung auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren anfallen.

2. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Leistungen:

- **Regelleistungen** (§ 4 Teil II Ziff. 7 a AVB 2013) **im Krankenhaus** (§ 4 Teil I Ziff. 4 AVB 2013)
 - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung,
 - belegärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziff. 1).
- **Wahlleistungen im Krankenhaus**
 - Unterbringung im Zweibettzimmer,
 - privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet.

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung und / oder der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld wie folgt:

| In Tarifstufe (BONUS CARE-B) | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|
| und Tarifstufe (BONUS CARE-BA, s. Buchstabe K.) | 021 | 022 | 023 | 024 | 025 | 026 | 027 | 028 | - |
| bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung, für Erwachsene in EUR | 14,00 | 10,00 | 9,00 | 8,00 | 7,00 | 6,00 | 5,00 | 4,00 | 4,00 |
| wie vor, für Kinder in EUR | 7,00 | 5,00 | 4,50 | 4,00 | 3,50 | 3,00 | 2,50 | 2,00 | 2,00 |
| bei Verzicht auf Wahlleistung Zweibettzimmer, für Erwachsene in EUR | 21,00 | 15,00 | 13,50 | 12,00 | 10,50 | 9,00 | 7,50 | 6,00 | 6,00 |
| wie vor, für Kinder in EUR | 10,50 | 7,50 | 6,75 | 6,00 | 5,25 | 4,50 | 3,75 | 3,00 | 3,00 |

- **Transporte** zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie medizinisch notwendig sind.

3. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung (Aufbaustufe Tarif PLUS – T. 734)

- Erstattungsfähig nach Tarif PLUS sind zu 100 % die nicht beihilfefähigen Mehraufwendungen für die Unterkunft im Einbettzimmer (Differenz zwischen den Zuschlägen für die Unterkunft Einbett- und Zweibettzimmer).
- Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, erhält die erwachsene versicherte Person bei vollstationärer Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR, Kinder erhalten 12,50 EUR.

4. Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliche Leistungen**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten, bei
 - **Zahnbehandlung**
Hierunter fallen auch Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Versorgung mit Inlays.
 - **prophylaktischen Leistungen** gemäß Ziff. 1000 – 1040 GOZ (siehe auch nachfolgend unter C.)
 - **Zahnersatz**
Hierzu zählen: Versorgung mit Onlays, Prothesen, Stiftzähnen, Kronen, Brücken, Brückengliedern, Implantaten; funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; Reparaturen.
- **zahn technische Laborarbeiten und Materialien**, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.
- **kieferorthopädische Behandlung**
 - nach Vorleistung der Beihilfestelle und
 - soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet,
 - sowie für zahn technische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.

In den ersten beiden Versicherungsjahren sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich zahn technischer Laborarbeiten und Materialien, auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von je 2.000 EUR begrenzt.

Die Begrenzung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages entfällt

- ab dem dritten Versicherungsjahr
- bei unfallbedingten Kosten, wenn sich der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet hat.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag nicht.

Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur **vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans** durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer in Höhe des Prozentsatzes der jeweils versicherten Tarifstufe.

5. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB 2013) gilt:

Die tariflichen Leistungen sind mit den je Tarifstufe festgelegten Erstattungsprozentsätzen auch im Ausland in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten erstattungsfähig. Deutsche Gebührenordnungen finden insoweit keine Anwendung.

C. Barausschüttung

Es gelten die Bestimmungen des § 8 Teil II Ziff. 3 AVB 2013.

Leistungen für die nachfolgenden aufgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen sowie sonstigen Leistungen haben jedoch keine Auswirkung auf eine nach der genannten Bestimmung auszahlende Barausschüttung:

- Vorsorgeuntersuchungen gemäß B. 1
- Schutzimpfungen gemäß B. 1
- Ambulante Entbindung oder Hausentbindung gemäß B. 1
- Prophylaktische Leistungen gemäß B. 4

D. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

E. Beitragsbefreiung während des Bezugs von Elterngeld

Bezieht eine versicherte Person Elterngeld, so ist sie für die Dauer des nachgewiesenen Bezugs, längstens jedoch für sechs Monate, von der Zahlung des Beitrags für den Tarif BONUS CARE-B befreit.

Ein Anspruch auf die vorübergehende Beitragsbefreiung besteht nicht, wenn die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsschutzes nach Tarif BONUS CARE-B bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.

F. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in den Tarifen BONUS CARE-B, BONUS CARE-BA und Tarif PLUS gemäß § 8 b Teil I Ziff. bzw. § 8 b Teil II AVB 2013 auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeträge und zusätzliche ersatzweise Krankenhaustagegelder mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

G. Weiterversicherung bei Änderung des Beihilfeanspruchs

Der Versicherungsnehmer hat bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder Fortfall des Beihilfeanspruchs einer versicherten Person im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, unter Zugrundelegung des dann erreichten Lebensalters die Weiterversicherung in anderen Krankheitskostentarifern, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann – auch für laufende Versicherungsfälle – ohne Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten, wenn die Anpassung innerhalb von 6 Monaten nach Minderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird. Die Änderung wird zum Beginn des Monats wirksam, in dem diese eingetreten ist.

Wird der Antrag nicht innerhalb des Zeitrahmens von 6 Monaten gestellt, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum Ersten des Monats, der auf die Antragstellung folgt. Ist der beantragte Versicherungsschutz dann höher als der bisherige, wird der Versicherer insoweit eine Gesundheitsprüfung durchführen und ggf. einen Beitragszuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen.

Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.

H. Versicherungsdauer in der Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)

Die Versicherung in der Aufbaustufe Tarif PLUS endet, wenn die stationären Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung entfallen.

I. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Die folgenden Sonderbedingungen gelten nur dann, wenn ihr Einschluss ausdrücklich vereinbart worden ist.

1. Die für den begünstigten Personenkreis ermäßigten monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Sonderbedingungen entfallen
 - mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder länger als sechs Monate unterbrochen wird;
 - spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet;
 - nach einer Höchstvertragsdauer gemäß diesen Sonderbedingungen von längstens 36 Monaten.

3. Bei Wegfall der Sonderbedingungen wird der Beihilfetarif fortgeführt, wenn und solange die versicherte Person im Familienzuschlag des beihilfefähigen Elternteils berücksichtigungsfähig ist. Anderenfalls besteht die Möglichkeit des Abschlusses einer den Leistungen des Beihilfetarifs entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung zum Vollbeitrag. Die Umstellung erfolgt in jedem Fall ohne erneute Gesundheitsprüfung. Der zu zahlende Beitrag richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt des Wegfalls erreichten Lebensalter. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.
4. Es besteht bei Fortführung des Beihilfetarifs oder Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung das Recht, eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen für Arbeitnehmer abzuschließen. Die Höhe des Krankentagegeldes ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses möglichen höchsten Krankengeldanspruchs für in der GKV versicherte Arbeitnehmer begrenzt.
5. Nach Ablauf der Höchstvertragsdauer ist auf Wunsch des Versicherungsnehmers die erneute Vereinbarung der Sonderbedingungen mit neuem Eintrittsalter zu den dann gültigen Beiträgen möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.
6. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem MÜNCHENER VEREIN die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen.

K. Sonderbedingungen für Beamtenanwärter und Referendare (Tarif BONUS CARE-BA)

1. Die folgenden Sonderbedingungen gelten für Personen
 - die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen (Beamte auf Widerruf) und
 - weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen oder Vergütungen nach Tarifverträgen - ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen - erhalten.
 Deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kinder können - soweit sie nicht berufstätig sind - ebenfalls versichert werden.
2. Die Sonderbedingungen gelten nur dann, wenn sie ausdrücklich vereinbart worden sind.
3. Die Sonderbedingungen entfallen
 - wenn die Versicherungsfähigkeit gemäß Buchstabe K., Ziffer 1. entfällt,
 - bei vorzeitiger Aufgabe oder mehr als 6-monatiger Unterbrechung der Ausbildung für den Beamtenberuf,
 - nach Ablauf der Höchstvertragsdauer von 3 Jahren,
 - spätestens mit dem Ende des Monats, in dem der Beamtenanwärter oder Referendar das 34. Lebensjahr vollendet hat,
 - für mitversicherte Ehegatten, Lebenspartner und Kinder darüber hinaus gleichzeitig mit Beendigung der Versicherung des Versicherungsnehmers oder bei Aufnahme einer Berufstätigkeit zum Ablauf des jeweiligen Monats oder bei Vollendung des 34. Lebensjahres.
4. Besteht die Versicherungsfähigkeit gemäß Buchstabe K., Ziffer 1., bei Ablauf der Höchstversicherungsdauer nach diesen Sonderbedingungen von 3 Jahren fort, ist eine erneute Versicherung nach Tarif BONUS CARE-BA und Tarif PLUS unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters ohne erneute Gesundheitsprüfung zulässig. Voraussetzung ist, dass der Antrag spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Vertragsbeendigung gestellt wird und sich die Weiterversicherung unmittelbar an das Vertragsende anschließt. Der zu zahlende Beitrag richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt des Wegfalls erreichten Lebensalter. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.
5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das Ende, die Aufgabe oder die Unterbrechung der Ausbildung zu einem Beamtenberuf bzw. als Referendar unverzüglich schriftlich mitzuteilen und nachzuweisen. Gleiches gilt für die Aufnahme der Berufstätigkeit eines mitversicherten Ehegatten, Lebenspartners oder Kindes.
6. Abweichend von Buchstabe B. Ziffer 1. (ambulante Heilbehandlung) gilt für Beamte auf Widerruf, solange diese Sonderbedingungen vereinbart sind: Die Kosten ärztlicher Leistungen und ärztlich verordneter Arznei- und Verbandmittel sind auch dann in Höhe des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung kein Hausarzt in Anspruch genommen wird.
7. Abweichend von Buchstabe B. Ziffer 1 (ambulante Heilbehandlung) besteht für Beamte auf Widerruf kein Anspruch auf Leistung während ambulanter Kuren.
8. Abweichend von Buchstabe B. Ziffer 4. (Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie) gilt für Beamte auf Widerruf, solange diese Sonderbedingungen vereinbart sind:
 - Die Leistungsbegrenzung in den ersten beiden Versicherungsjahren entfällt.
 - Für Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung wird auch ohne Vorleistung der Beihilfe im tariflichen Umfang geleistet.
9. Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung gemäß Buchstabe E. besteht während der Versicherung nach diesen Sonderbedingungen nicht.

Anhang

1. **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.
Höchstsatz der GOZ bzw. der GOP ist derzeit der 3,5-fache Satz.
2. **Schwerpunktbezeichnungen bei Internisten** sind: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.
3. **Schwerpunktbezeichnungen bei Fachärzten für Kindererkrankungen** sind: Kinderkardiologie, Neonatologie.
4. Von der Ständigen Impfkommission empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit u. a. diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.