

Ambulante Heilbehandlung in Deutschland/EU/EWR/Schweiz

Leistungsbereiche	Grundtarif (BB/BH)	Ergänzungstarif (EB2)	Ergänzungstarif (EB1)	Stationäre Wahltarife (W1/W2)
Geburtshäuser	Mit der GKV vereinbarte Pauschalen, mindestens die beihilfefähigen Vergütungen	-	-	-
Geburtspauschale	-	-	300 EUR	-
Kuren	Alle 3 Kalenderjahre Arztkosten, Arznei- und Heilmittel (erstmalig nach 3 VJ, bis 1.800 EUR RB für ambulante und stationäre Kuren)	-	30 EUR Tagesgeld für beihilfefähige Kuren, maximal jedoch für 28 Tage innerhalb von 3 VJ für ambulante und stationäre Kuren	-

Die Darstellung ist nicht abschließend. Die detaillierte Beschreibung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Kostendämpfungspauschalen und vom Dienstherrn festgelegte Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.

Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in Deutschland/EU/EWR/Schweiz

Leistungsbereiche	Grundtarif (BB/BH)	Ergänzungstarif (EB2)	Ergänzungstarif (EB1)	Stationäre Wahltarife (W1/W2)
Zahnarzthonorare	Erstattung bis zum Höchstsatz der GOZ	-	100 % der Gebührenanteile über den Höchstsätzen der GOZ	-
Zahnbehandlung	Inkl. Zahnprophylaxe und gesondert berechenbarer zahntechnischer Leistungen (Material- und Laborkosten)	100 % der von der Beihilfe nicht übernommenen zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)	100 % der von der Beihilfe nicht übernommenen zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)	-
Zahnersatz allgemein	Inkl. zahntechnischer Leistungen (Material- und Laborkosten)	100 % der wegen Leistungsgrenzen der Beihilfe nicht übernommenen zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)	100 % der wegen Leistungsgrenzen der Beihilfe nicht übernommenen zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)	-
Zahnimplantate inkl. Knochen- aufbaumaßnahmen	Inkl. zahntechnischer Leistungen (Material- und Laborkosten) ohne Begrenzung der Anzahl	100 % der von der Beihilfe nicht übernommenen zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)	100 % der von der Beihilfe nicht übernommenen Restkosten für zahntechnische Leistungen und zusätzlich bei Implantatversorgung 100 % der von der Beihilfe wegen Anzahlbegrenzung nicht übernommenen Kosten für Zahnarzthonorar und zahntechnische Leistungen	-

Die Darstellung ist nicht abschließend. Die detaillierte Beschreibung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Kostendämpfungspauschalen und vom Dienstherrn festgelegte Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.

Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in Deutschland/EU/EWR/Schweiz

Leistungsbereiche	Grundtarif (BB/BH)	Ergänzungstarif (EB2)	Ergänzungstarif (EB1)	Stationäre Wahltarife (W1/W2)
Kieferorthopädie	Ohne Altersbegrenzung, inkl. zahntechnischer Leistungen (Material- und Laborkosten)	100 % der von der Beihilfe nicht übernommenen zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)	100 % der von der Beihilfe nicht übernommenen zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)	-
Heil- und Kostenplan	Nicht erforderlich	Nicht erforderlich	Nicht erforderlich	-
Zahnstaffel	Nein – keine Erstattungsgrenzen in den ersten Versicherungsjahren			-

Die Darstellung ist nicht abschließend. Die detaillierte Beschreibung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Kostendämpfungspauschalen und vom Dienstherrn festgelegte Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland/EU/EWR/Schweiz

Leistungsbereiche	Grundtarif (BB/BH)	Ergänzungstarif (EB2)	Ergänzungstarif (EB1)	Stationäre Wahltarife (W1/W2)
Krankenhausbehandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen (Unterkunft im Standardzimmer, Belegarzt bis zum Höchstsatz der GOÄ, kein Privatarzt)	-	100 % der Gebührenanteile für Belegärzte über den Höchstsätzen der GOÄ	Tarif W1: – Unterkunft im gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer – Privatarzt auch über den Höchstsatz der GOÄ hinaus – von der Beihilfe nicht übernommene Mehrkosten für Privatarzt und Einbettzimmer Tarif W2: – Unterkunft im gesondert berechenbaren Zweibettzimmer – Privatarzt bis zum Höchstsatz der GOÄ
Ersatzkrankenhaustagegeld	-	-	-	Tarif W1: bei Verzicht auf – Ein- oder Zweibettzimmer 30 EUR ¹ – Privatarzt (Kinder bis Alter 15 die Hälfte) 40 EUR ¹ Tarif W2: bei Verzicht auf – Zweibettzimmer 20 EUR ¹ – Privatarzt (Kinder bis Alter 15 die Hälfte) 40 EUR ¹ ¹ gemäß vereinbartem Prozentsatz

Die Darstellung ist nicht abschließend. Die detaillierte Beschreibung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Kostendämpfungspauschalen und vom Dienstherrn festgelegte Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland/EU/EWR/Schweiz

Leistungsbereiche	Grundtarif (BB/BH)	Ergänzungstarif (EB2)	Ergänzungstarif (EB1)	Stationäre Wahltarife (W1/W2)
Rooming-in (zusätzliche Kosten)	-	-	-	100 % der Restkosten bis max. 4 Wochen je KJ bei Kindern unter 10 Jahren ohne Vorleistung aus BB/BH
Kuren	Alle 3 Kalenderjahre Arztkosten, Arznei- und Heilmittel (erstmalig nach 3 Versicherungsjahren, bis 1.800 EUR Rechnungsbetrag für ambulante und stationäre Kuren)	-	30 EUR Tagegeld für beihilfefähige Kuren, maximal jedoch für 28 Tage innerhalb von 3 Versicherungsjahren für ambulante und stationäre Kuren	-
Beitrags- freistellung	Nach mind. 8-wöchigem KH-Aufenthalt für die weitere Dauer des Aufenthalts (nach mindestens 12-monatiger Versicherungsdauer)			

Die Darstellung ist nicht abschließend. Die detaillierte Beschreibung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Kostendämpfungspauschalen und vom Dienstherrn festgelegte Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.

Heilbehandlung im Ausland außerhalb EU/EWR/Schweiz

Leistungsbereiche	Grundtarif (BB/BH)	Ergänzungstarif (EB2)	Ergänzungstarif (EB1)	Stationäre Wahltarife (W1/W2)
Erstattungshöhe/ Arzthonorare	Ortsübliche Berechnungssätze für im Ausland notwendig werdende Behandlungen			
Zeitliche Geltung	Europa, ohne zeitliche Einschränkungen, außereuropäisch bis zu 6 Monate mit Anspruch auf Verlängerung			
Gezielte Behandlung im Ausland	Mehrkosten sind erstattungsfähig, wenn eine Behandlung in Deutschland nicht durchführbar ist und der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat			
Zusätzliche Leistungen im Ausland während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts				
Kranken-rücktransport	-	Medizinisch notwendiger Rücktransport in ein geeignetes Krankenhaus ohne Höchstsummenbegrenzung ohne Vorleistung aus BB/BH	Medizinisch notwendiger Rücktransport in ein geeignetes Krankenhaus ohne Höchstsummenbegrenzung ohne Vorleistung aus BB/BH	-
Überführungs-kosten	-	100 % bis 12.000 EUR ohne Vorleistung aus BB/BH	100 % bis 12.000 EUR ohne Vorleistung aus BB/BH	-

Die Darstellung ist nicht abschließend. Die detaillierte Beschreibung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Kostendämpfungspauschalen und vom Dienstherrn festgelegte Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.

Top-Leistungen bringen und Top-Leistungen sichern

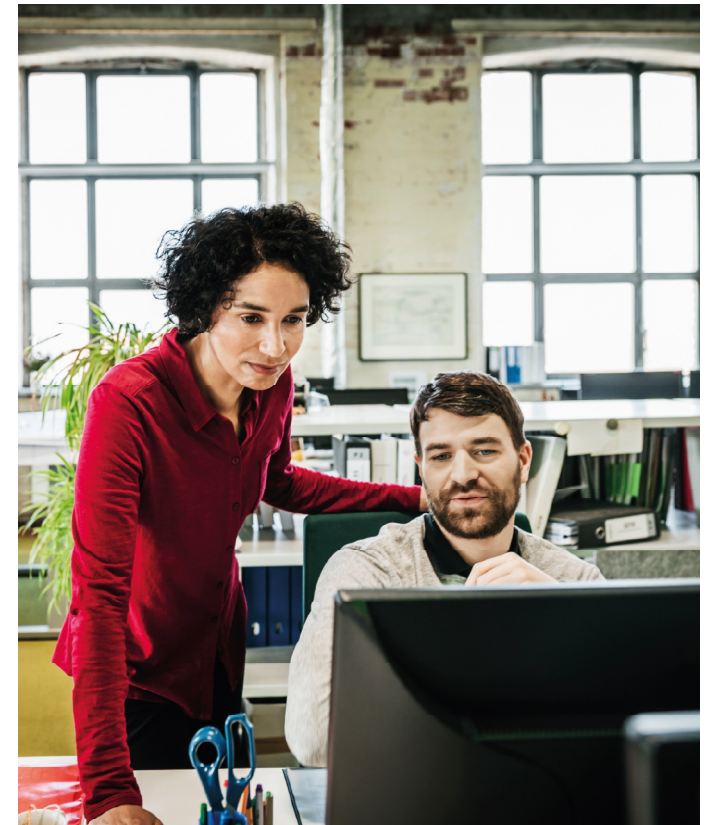
Verbriefte Optionsrechte

Option auf Höherversicherung

- › Abschluss bzw. Wechsel eines stationären Wahlleistungstarifs und/oder eines Beihilfe-Ergänzungstarifs ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten bis Alter 50:
 - nach dem **5., 10. und 15. Versicherungsjahr**
(Antrag muss bis zum 15.12. des Vorjahres eingehen)
 - bei **erstmaliger Verbeamtung auf Probe bzw. auf Zeit**
(Antrag muss 2 Monate nach Übergabe der Ernennungsurkunde eingehen)

Umstellungsoption bei Wegfall Beihilfeanspruch

- › Umstellungsoption in AGIL- und Zusatztarife sowie kleine und große AWW (Mehrleistungen mit Gesundheitsprüfung)
- › Bei Wegfall des Beihilfeanspruchs kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Krankentagegeldversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart werden



Mit dem R+V-BeihilfeKonzept Vorsorge und Schutzimpfungen erhalten und trotzdem Beitragsrückerstattung (BRE) bekommen

- › Eine mögliche BRE erfolgt personenbezogen. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen (inkl. Zahnvorsorge) und Schutzimpfungen sind nicht BRE-schädlich, sofern hierfür eine separate Rechnung ausgestellt wurde
- › BRE wird aus den Grundtarifen (BB/BH), den stationären Wahltarifen (W) und aus den Beihilfe-Ergänzungstarifen (EB) gezahlt

Voraussetzung:

Alle versicherten Beihilfe-Tarife waren im vorangegangenen Kalenderjahr leistungsfrei hinsichtlich der BRE-schädlichen Leistungen und die fälligen Beiträge sind bezahlt

Leistungsfreie Jahre	BRE in MB
1	1,0
2	1,5
3	2,0
4	2,5
5 und mehr	3,0

Mögliche BRE der Anwärter-Tarife beträgt unabhängig von der Anzahl der leistungsfreien Jahre 6 MB (anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn)

Du bist nicht allein

Gezielte Lösungen für Beamtenanwärter

Weil das Geld meistens noch knapp ist, gibt es beim R+V-BeihilfeKonzept besonders günstige Anwärtertarife. Das macht den Übergang zur PKV nach der Verbeamtung für die Ausbildungszeit leicht – und erst recht den Ausbau der Versicherung durch Ergänzungs- oder Wahlleistungstarife.

- Speziell für diese Personen gibt es besonders kostengünstige Tarife (nach Altersgruppen bis zum 39. Lebensjahr ohne Alterungsrückstellung kalkuliert). Diese Tarife sind im Versicherungsschein mit einem angehängten „B“ hinter dem Tarifikürzel und hinter dem Erstattungsprozentsatz gekennzeichnet, unterscheiden sich in den Leistungen aber nicht.
- Die mögliche Beitragsrückerstattung aus diesen sogenannten Anwärter-Tarifen beträgt unabhängig von der Anzahl der leistungsfreien Jahre 6 Monatsbeiträge und bei unterjährigem Versicherungsbeginn für jeden versicherten Monat 1/12 der Beitragsrückerstattung.



Top-Leistungen bringen und Top-Leistungen sichern

Anwartschaftsversicherung für Lehramtsstudenten – Tarif OTB

Im Rahmen des Lehramtsstudiums sind die Studenten in der Regel gesetzlich krankenversichert. Das ändert sich, sobald der Lehramtsanwärter bzw. Referendar – als Beamter auf Widerruf – weitere Ausbildung im Vorbereitungsdienst (Referendariat) fortsetzt.

Beamte auf Widerruf erhalten von ihrem Dienstherr in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen sowie zu Vorsorgemaßnahmen Beihilfe.

Schon heute den Zugang zu einer hochwertigen privaten Krankenversicherung für Beihilfeempfänger sichern

Mit der Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB erwirbt der Kunde das Recht, bei Berufung in das Beamtenverhältnis, das Versicherungsverhältnis ohne erneute Gesundheitsprüfung in beihilfekonforme Krankheitskostentarife umzustellen.

Der gewünschte Leistungsumfang muss erst dann festgelegt werden, wenn die Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB in einen Versicherungsschutz mit Leistungsanspruch umgewandelt wird.

Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht.

