

Barmenia  
Krankenversicherung AG

Hauptverwaltung  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

## Tarif EA

*Ergänzungstarif für Sehhilfen, Heilpraktikerbehandlung,  
Zahnersatz, Kurbehandlung und Auslandsaufenthalte*

*für Personen, die der deutschen gesetzlichen  
Krankenversicherung angehören oder die Anspruch auf  
Heilfürsorge haben*

*Stand 01.01.2011*

Der **Tarif EA** ist als **Teil III** der Allgemeinen  
Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-  
und Krankenhaustagegeldversicherung nur gültig in  
Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09)  
und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der  
Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 11).

## Inhaltsübersicht

Seite

<b>Versicherungsfähigkeit</b> .....	2
<b>1. Leistungen</b>	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen .....	2
1.2 Höhe der Leistungen .....	3
1.3 Tarifstufe K.....	3
<b>2. Beiträge</b>	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge .....	4
2.2 Aufnahmehöchstalter .....	4
<b>4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)</b>	
4.1 Der Versicherungsschutz .....	4
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers .....	4
4.3 Ende der Versicherung .....	4

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die  
Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet.  
Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen  
Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt  
fortlaufend ist.

## Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können Personen versichert werden, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben.

Hierbei können Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur die Tarifstufe K - s. Ziffer 1.3 - vereinbaren (Tarifbezeichnung im Versicherungsschein: Tarif EAK); diese Tarifstufe kann von anderen Personen nicht vereinbart werden.

### 1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

#### 1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

##### 1.11 Ambulante Heilbehandlung

###### 1.111 Sehhilfen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

###### 1.112 Behandlung durch Heilpraktiker

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

- a) Beratungen, Besuche und Verrichtungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Gebühren sind im tariflichen Umfang bis zum einfachen Satz der gültigen deutschen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker erstattungsfähig;
- b) von Heilpraktikern verordnete Arznei- und Verbandmittel.

###### 1.12 Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen - nicht jedoch für Implantate sowie für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Regelhöchstsätze<sup>1)</sup> der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind bis zu den ortsüblichen Preisen erstattungsfähig. Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.040,00 EUR überschreiten werden.

##### 1.13 Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, wird ein Kurtagegeld gezahlt. Die medizinische Notwendigkeit der Kur ist durch den

<sup>1)</sup> Das ist der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz.

Bewilligungsbescheid der GKV, eines anderen gesetzlichen Rehabilitationsträgers oder des Dienstherrn (bei Heilfürsorgeberechtigten) nach Abschluss der Kur nachzuweisen. Dabei ist auch die Dauer der Kur nachzuweisen.

#### 1.14 Auslandsaufenthalte

##### 1.141 Vorbemerkung

Bei im Ausland akut auftretenden Krankheiten oder Unfällen, akut notwendiger ärztlicher Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch ersetzt der Versicherer die dort entstehenden Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.142 und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (Ziffern 1.143 und 1.144). Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten acht Wochen eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

##### 1.142 Ambulante und stationäre Heilbehandlung

Der Versicherer ersetzt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall die Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, ärztliche Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder einen unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch. Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

- a) Ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- f) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen.

Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitpunkt hinaus. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

### 1.143 Rücktransportkosten

Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen für einen

- a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
- b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.

### 1.144 Überführungskosten

Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden in entsprechender Höhe die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland übernommen.

## 1.2 Höhe der Leistungen

### 1.21 Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen:

- a) für Sehhilfen gemäß Ziffer 1.111:  
100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 156,00 EUR pro Kalenderjahr. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nur bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien. Für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht ein Leistungsanspruch auf den erneuten Bezug einer Sehhilfe unabhängig von der Veränderung der Sehschärfe, wenn die GKV eine Vorleistung für die Sehhilfe erbracht hat;
- b) für Behandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der von Heilpraktikern verordneten Arznei- und Verbandmittel gemäß Ziffer 1.112:  
100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 520,00 EUR pro Kalenderjahr.

Tarifstufe K: s. Ziffer 1.3.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

### 1.22 Aufwendungen für Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.12 werden zu 20 % ersetzt; einschließlich der Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe dürfen 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Leistung der GKV.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.040,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

### 1.23 Kurbehandlung

Das Kurtagegeld gemäß Ziffer 1.13 beträgt je Tag 13,00 EUR. Es wird je Kur längstens für die Dauer von 21 Tagen gezahlt.

Erfolgt keine Leistung der GKV oder eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers bzw. der Heilfürsorge, so entfällt auch die Zahlung des Kurtagegeldes.

### 1.24 Aufwendungen für Auslandsaufenthalte

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffern 1.142 - 1.144 werden, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen, zu 100 % ersetzt.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

### 1.3 Tarifstufe K

Die Ziffer 1.21 b) (Behandlungen durch Heilpraktiker) lautet in dieser Tarifstufe wie folgt:

- 1.21 b) für Behandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der von Heilpraktikern verordneten Arznei- und Verbandmittel gemäß Ziffer 1.112:
  - 75 % bis zu einem Gesamtbetrag von 520,00 EUR pro Kalenderjahr bis zum Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet;
  - 100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 520,00 EUR pro Kalenderjahr ab Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Auch für das Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, wird als Gesamtbetrag maximal der Betrag von 520,00 EUR erstattet.

Die Ziffern 1.21 a), 1.22, 1.23 und 1.24 gelten unverändert.

## 2. Beiträge

### 2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

### 2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

## 4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

### 4.1 Der Versicherungsschutz

#### 4.15 Zu §§ 3 (2) und 3 (3) MB/KK 09: Wartezeiterlass bei Auslandsaufenthalten

Für Leistungen nach Ziffer 1.14 (Auslandsaufenthalte) entfallen die Wartezeiten.

#### 4.19 Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe bestätigt sein.

Bei im Ausland entstandenen Aufwendungen gilt darüber hinaus Folgendes:

Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.

Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Für die Erstattung von Überführungskosten und Bestattungskosten ist eine amtliche Sterbeurkunde mitvorzulegen.

### 4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

#### 4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 11 lautet für diesen Tarif wie folgt: Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

## 4.3 Ende der Versicherung

### 4.32 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge fortfällt. Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Heilfürsorge dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.