# Krankheitskosten-versicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

**Tarif VC**

*für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz*

*Stand 01.01.2026*
*(für vor dem 01.01.1993 Versicherte)*

Der **Tarif VC** 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

**1. Leistungen**
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen ..... 2
1.2 Höhe der Leistungen ..... 4

**2. Beiträge**
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge ..... 5
2.2 Aufnahmehöchstalter ..... 5
2.8 Optionsrechte ..... 5

**4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)**
4.1 Der Versicherungsschutz ..... 5
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers ..... 5

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.

Vorbemerkung:
Im Rahmen der Krankheitskostenversicherung darf der
- Tarif VC, Tarifstufe 3 nur allein oder nur in Verbindung mit dem Tarif WS bzw. einem Kurtarif der Barmenia
- Tarif VC, Tarifstufe 2 nur allein oder nur in Verbindung mit dem Tarif VC1Z bzw. dem Tarif VC1Z*Plus* bzw. dem Tarif WS bzw. einem Kurtarif der Barmenia

vereinbart werden (siehe Ziffer 4.23).
Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherungen sowie Pflegeversicherungen können zusammen mit dem Tarif VC 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**
Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

a) Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
b) Arznei- und Verbandmittel;
c) Heilmittel, und zwar medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische und ergotherapeutische Behandlungen;
d) Hilfsmittel, und zwar
   - Bandagen;
   - Brillen und Kontaktlinsen, erstattungsfähig sind (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 312,00 EUR für eine Sehhilfe. Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50 %. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe nur bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien;
   - Bruchbänder;
   - orthopädische Schuhe, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR pro Jahr;
   - Einlagen;
   - Gummistrümpfe;
   - Hörgeräte, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.040,00 EUR;
   - elektronische Kehlköpfe;
   - Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen;
   - Geh- und Stützapparate;
   - Kunstaugen;
   - Krankenfahrstühle, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.040,00 EUR;
   - lebenserhaltende Hilfsmittel;
e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
f) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.
   Erstattungsfähig sind außerdem Fahrten
   - bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie und
   - bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation).

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung sind nach Ziffer 1.13 erstattungsfähig.

1.12 **Stationäre Heilbehandlung**

1.121 **Vorbemerkung**
Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus. In welchem Umfang diese Aufwendungen erstattungsfähig sind, ergibt sich aus der vereinbarten Tarifstufe. Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung sind nach Ziffer 1.13 erstattungsfähig.

1.122 **Tarifstufe 2**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) allgemeine Krankenhausleistungen;
b) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer (Bei Unterkunft im Einbettzimmer sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, sind 50 % der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer erstattungsfähig.);
d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.123 **Tarifstufe 3**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) allgemeine Krankenhausleistungen;
b) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
c) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.13 **Zahnbehandlung und Zahnersatz**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

a) Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) sowie die in der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung genannten zahnprophylaktischen Leistungen;
b) Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen;
c) Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.040,00 EUR überschreiten werden.

1.14 **Rücktransportkosten und Überführungskosten**
Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenen geeigneten 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.

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.

### 1.15 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.

Unter den Versicherungsschutz fallen

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlechterung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege). Dazu zählen insbesondere auch medizinisch diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege;
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer von bis zu vier Wochen, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird.
- Leistungen der Unterstützungspflege. Die Unterstützungspflege umfasst Leistungen aus der häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen je Krankheitsfall wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit verordnet werden, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

### 1.16 Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,
- die Behandlung erfolgt im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt und
- es besteht eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15%.

Eine Kinderwunschbehandlung ist sehr kostenintensiv. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine Klärung Ihrer Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen sowie für die dazugehörigen Maßnahmen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

### 1.17 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

### 1.18 Stationäre Hospizleistung

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

### 1.19 Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Übergangspflege im Krankenhaus für einen Zeitraum von längstens 10 Tagen, je Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass die Übergangspflege im Krankenhaus:
- unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt,
- in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und
- keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.

1.20 **Digitale Gesundheitsanwendungen**
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht. Diese sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Voraussetzung ist, dass die digitale Gesundheitsanwendung
- von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder
- durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird.

Der Versicherer ersetzt nicht die Aufwendungen für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

## 1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11 a) bis c), e) und f) .....zu 100 %, handelt es sich jedoch um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, dann .....zu 80 %;
b) für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11 d) (Hilfsmittel).....zu 80 %;
c) für stationäre Heilbehandlung entsprechend der vereinbarten Tarifstufe gemäß Ziffer 1.122 bzw. 1.123 .....zu 100 %;
d) für Zahnbehandlung und zahnprophylaktische Leistungen gemäß Ziffer 1.13 a)...zu 100 %;
e) für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung gemäß Ziffer 1.13 b) und c) im Kalenderjahr je versicherte Person
   - bis zu einem Betrag von insgesamt 5.200,00 EUR .....zu 75 %,
   - der über 5.200,00 EUR hinausgehende Teil.....zu 50 %.
   Die Verminderung des Erstattungsprozentsatzes auf 50 % gilt nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich unmittelbar auf einen Unfall zurückzuführen sind.

* *Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.040,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt;*

f) für Rücktransportkosten und Überführungskosten gemäß Ziffer 1.14 ..... zu 100 %;
g) für häusliche Krankenpflege, Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stationäre Hospizleistung, Übergangspflege im Krankenhaus und digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Ziffern 1.15 bis 1.20 ..... zu 100 %.

Von den tariflichen Leistungen wird ein Jahresselbstbehalt je versicherte Person und Kalenderjahr abgezogen.

In der Leistungsstufe P wird von den tariflichen Leistungen eine 20%ige Selbstbeteiligung abgezogen; diese Selbstbeteiligung wird auf einen Maximalbetrag begrenzt.

Vom Ersten des Jahres an, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt, reduziert sich der Selbstbehalt der Stufen D, E und F um 50 %. (Beträge in *kursiv*)

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person und Kalenderjahr

| **Tarifstufe 2** | | | |
|---|---|---|---|
| Jahresselbstbehalt EUR | | | |
| | Männer | Frauen | Kinder/Jgdl.* |
| | 400 | 400 | 400 |
| **Leistungsstufe P** | 20 % max. 220 | 20 % max. 220 | 20 % max. 220 |
| **Leistungsstufe D** | 800 *400* | 800 *400* | 800 |
| **Leistungsstufe E** | 1.600 *800* | 1.600 *800* | 1.600 |
| **Leistungsstufe F** | 3.200 *1.600* | 3.200 *1.600* | 3.200 |

| **Tarifstufe 3** | | | |
|---|---|---|---|
| Jahresselbstbehalt EUR | | | |
| | Männer | Frauen | Kinder/Jgdl.* |
| | 450 | 450 | 450 |
| **Leistungsstufe P** | 20 % max. 220 | 20 % max. 220 | 20 % max. 220 |
| **Leistungsstufe D** | 900 *450* | 900 *450* | 900 |
| **Leistungsstufe E** | 1.800 *900* | 1.800 *900* | 1.800 |
| **Leistungsstufe F** | 3.600 *1.800* | 3.600 *1.800* | 3.600 |

* Der Jahresselbstbehalt für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31.12. des Jahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.

Unabhängig vom Beginn der Versicherung ist der Jahresselbstbehalt in der für das gesamte Kalenderjahr geltenden Höhe zu tragen.

---

* **Gilt nicht** für Personen, die bereits vor dem 01.01.1993 versichert waren.

## 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.

### 2.8 Optionsrechte

#### 2.82 Option auf Krankentagegeld nach beendetem Studium

Studenten haben das Recht, nach Beendigung des Studiums und gleichzeitiger Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit oder einer Tätigkeit als Arbeitnehmer zusätzlich ein Krankentagegeld zu vereinbaren,

- für Selbstständige ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit,
- für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit

bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, maximal jedoch 130 % des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer (aufgerundet auf den nächsthöheren durch fünf teilbaren Betrag).

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen, wenn die Hinzunahme der Krankentagegeldversicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt wird und zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.

Die Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt.

Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis auch auf den Beitrag des neu hinzukommenden Tarifs erhoben.

#### 2.83 Option auf Ausweitung des Versicherungsschutzes bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten

Der Versicherte hat das Recht, für die Dauer eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in Verbindung mit dem Tarif VC den Tarif WS zu vereinbaren. Dies gilt jedoch nicht bei Auslandsaufenthalten, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Risikoprüfung annehmen, wenn der Tarif WS vor Beginn des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes beantragt und abgeschlossen wird.

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

### 4.1 Der Versicherungsschutz

#### 4.11 Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung AG bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung der Tarif WS für die Dauer des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes vereinbart wird.
b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt.

#### 4.18 Zu § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind deren Gebühren im tariflichen Rahmen bis zum einfachen Satz der gültigen deutschen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker erstattungsfähig.

### 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.

#### 4.23 Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten

Neben dem Tarif VC, Tarifstufe 3 darf für eine versicherte Person lediglich der Tarif WS bzw. ein Kurtarif der Barmenia abgeschlossen werden.

Neben dem Tarif VC, Tarifstufe 2 darf für eine versicherte Person lediglich der Tarif VC1Z bzw. der Tarif VC1Z*Plus* bzw. der Tarif WS bzw. ein Kurtarif der Barmenia abgeschlossen werden.

Eine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia oder einem anderen Versicherer darf weder fortgeführt noch abgeschlossen werden.

Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 und 3 Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung entweder ganz (bei Vorsatz) oder entsprechend der Schwere des Verschuldens (bei grober Fahrlässigkeit) frei.

Dies gilt nicht für Personen, für die zum Tarif VC eine stationäre Zusatzversicherung schon vor dem 01.01.2001 vereinbart wurde.

### 4.24 Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

**Tarifbezeichnung im Versicherungsschein**

Im Versicherungsschein wird hinter der Tarifbezeichnung **VC** die vereinbarte Tarifstufe und ggf. die vereinbarte Leistungsstufe vermerkt.

Beispiele:
VC 2 = Tarif VC, Tarifstufe 2
VC 3 = Tarif VC, Tarifstufe 3
VC 3 E = Tarif VC, Tarifstufe 3, Leistungsstufe E