

Krankheitskosten- versicherung



Barmenia
Krankenversicherung AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif VG

*Ergänzungstarif für Sehhilfen, stationäre
Heilbehandlung im Zweibettzimmer,
Zahnersatz und Auslandsaufenthalt*

*für Personen, die der deutschen gesetzlichen
Krankenversicherung angehören*

Stand 01.01.2011

Der **Tarif VG** 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

Vorbemerkung	2
1. Leistungen	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2 Höhe der Leistungen	3
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	3
2.2 Aufnahmehöchstalter	3
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
4.1 Der Versicherungsschutz	3
4.3 Ende der Versicherung	3

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

Nach diesem Tarif können Personen versichert werden, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören.

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 fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe gemäß Satz 1 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.

1.12 Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die im Rahmen einer kassenzahnärztlichen Versorgung anfallenden und auch von der GKV für ihre Kostenerstattung zu Grunde gelegten Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen.

1.13 Stationäre Heilbehandlung

Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung sowie für Behandlung - jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer (Bei Unterkunft im Einbettzimmer die Aufwendungen, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, sind 50 % der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer erstattungsfähig.);
- b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.

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 Auslandsaufenthalts.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose und Psychotherapie. Bei Reisen, die zum Zweck 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 (ausgenommen Nahrungsmittel und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel) 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, soweit sie die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Ziffer 1.13 übersteigen;
- 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 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.

1.144 Überführungskosten

Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz ersetzt oder es werden Bestattungskosten am Sterbeort übernommen.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- a) Für Brillen und Kontaktlinsen gemäß Ziffer 1.11: 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 130,00 EUR pro Kalenderjahr;
- b) für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.12: 20 %; einschließlich des Zuschusses der GKV dürfen 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden;
- c) für stationäre Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.13: 100 %;
- d) für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland gemäß Ziffer 1.142: 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen;
- e) für Rettungsflüge aus dem Ausland gemäß Ziffer 1.143 a): 100 % der um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen;
- f) für sonstige Krankentransporte aus dem Ausland gemäß Ziffer 1.143 b): 100 % der notwendigen Aufwendungen, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, 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;
- g) für Überführungskosten aus dem Ausland gemäß Ziffer 1.144: 100 % der Überführungskosten bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder in entsprechender Höhe die Bestattungskosten im Ausland.

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

Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif mit Ausnahme der Leistungen für Brillen und Kontaktlinsen gemäß Ziffer 1.11, für stationäre Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.13 und bei Auslandsaufenthalten gemäß Ziffer 1.14.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

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

2.2 Aufnahmehöchstalter

Das Aufnahmehöchstalter beträgt 65 Jahre und sechs Monate.

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 Belegen müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 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 mit vorzulegen.

4.3 Ende der Versicherung

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

Endet die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt.

Der Versicherungsnehmer kann dann die Weiterversicherung in einem für den Neuzugang geöffneten Tarif des Versicherers für stationäre Heilbehandlung verlangen, der die Erstattung des gesondert berechneten Zweibettzimmerzuschlages und der gesondert berechneten ärztlichen Leistungen vorsieht.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Erläuterungen zu Ziffer 1.13 (Stationäre Heilbehandlung)
in Verbindung mit §§ 4 (4) und 4 (5) der MB/KK 09

Der Versicherer erbringt die in Ziffer 1.13 genannten Leistungen, sofern es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung handelt; kein Anspruch auf Leistungen besteht bei diesem Tarif dagegen beispielsweise bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

Bei der Prüfung, ob Leistungspflicht vorliegt, ist der Versicherer nicht an die Entscheidung der GKV gebunden.

In begründeten Ausnahmefällen und dabei insbesondere bei Aufenthalt in Krankenanstalten nach § 4 (5) MB/KK 09 (das sind Krankenanstalten, die z. B. auch Kuren und Sanatoriumsbehandlung durchführen) kann es vorkommen, dass der Versicherer keine Leistungen zur Verfügung stellen kann, auch wenn die GKV leistet. Deshalb sieht § 4 (5) MB/KK 09 vor, den Leistungsanspruch vom Versicherer vor Beginn der Behandlung prüfen zu lassen. Aber auch wenn die schriftliche Zusage nicht eingeholt wurde, stellt der Versicherer seine Leistungen aus diesem Tarif dann zur Verfügung, wenn es sich auf Grund seiner Leistungspflichtprüfung um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung handelt.