

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif AK	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Ergänzungstarif zur Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung für privatärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel sowie privatärztliche Behandlung</i>	Versicherungsfähigkeit	2
<i>für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören</i>	1. Leistungen	
<i>Stand 01.01.2011</i>	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
	1.2 Höhe der Leistungen	2
	1.3 Bonusleistungen	2
	2. Beiträge	
	2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	2
	2.2 Aufnahmehöchstalter	2
	4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
Der Tarif AK ist als Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 11).	4.1 Der Versicherungsschutz	2
	4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	2
	4.3 Ende der Versicherung	2

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 dem Tarif AK können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind und an Stelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in Anspruch nehmen.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen (s. Ziffer 1.22). Erfolgt keine Vorleistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif (s. Ziffer 1.21).

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Ambulante Heilbehandlung

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- Arznei- und Verbandmittel;
- Heilmittel, und zwar medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Werden Leistungen nach Ziffer 1.11 c) durch nicht-ärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (z. B. Physiotherapeuten) verabreicht, sind Gebühren bis zum 1,1-fachen der vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

1.12 Zahnbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Extraktionen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums), nicht jedoch für Zahnersatz, Inlays sowie Zahn- und Kieferregulierungen.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung und Zahnbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11: zu 90 %, handelt es sich jedoch um psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, dann zu 80 %;
- für Zahnbehandlung gemäß Ziffer 1.12: zu 90 %.

Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

1.22 Abzug der Vorleistungen der GKV

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen. 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 Bonusleistung

Versicherte, die Anspruch auf einen in der Satzung ihrer gesetzlichen Krankenversicherung geregelten Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) haben, weil sie regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen ihrer GKV zur primären Prävention in Anspruch genommen haben, erhalten eine Bonusleistung.

Sie wird gezahlt, wenn die betreffende versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach diesem Tarif versichert war und das Versicherungsverhältnis am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres ungekündigt ist.

Die Bonusleistung beträgt einen Monatsbeitrag und wird für jedes Kalenderjahr einmalig gezahlt, in dem ein Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Abs. 1 SGB V besteht. Maßgebend ist der Beitrag, der für diesen Tarif im Monat Dezember des entsprechenden Jahres zu zahlen war.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in den gültigen Beitragsübersichten 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

4.19 a) Zu § 4 Abs. 3 (3.2) TB/KK 11: Arzneimittel

Zu den dort aufgeführten Nähr- und Stärkungsmitteln, die nicht als Arzneimittel gelten, zählen auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel).

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

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

Das Bestehen des Anspruchs auf einen Bonus nach § 65 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) ist für jedes Kalenderjahr durch eine Bescheinigung der GKV nachzuweisen. Der Nachweis ist dem Versicherer erst im Folgejahr für jede versicherte Person einzureichen.

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.

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

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer aufgrund einer Auslandsreisekrankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreisekrankenversicherungsvertrag 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.

4.3 Ende der Versicherung

4.31 Zu § 13 Abs. 1 MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Endet die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V), so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Ende der Kostenerstattung das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif AK rückwirkend zum Ende der Kostenerstattung kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif AK nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Kostenerstattung nachweist.

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

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif AK für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt. Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.