

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Besondere Bedingungen

Tarif TopS-Med

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

mit Option auf die Anpassung des Versicherungsschutzes bei Fortfall der deutschen gesetzlichen Krankenversicherungspflicht

für Medizinstudenten und Ärzte, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Stand 01.01.2020

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

- Teil I Musterbedingungen (MB/KK 09)
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 13) und
- Teil III Tarif TopS-Med

gilt als **Besondere Bedingungen zu dem Tarif TopS-Med** Folgendes:

1. Versicherungsfähigkeit

Diese "Besonderen Bedingungen" können von Medizinstudenten und Ärzten vereinbart werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und unterhaltsberechtigter Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, die Versicherte der GKV sind, können mitversichert werden.

2. Versicherungsschutz

2.1 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

2.2 Optionsrecht (bei Tarif TopS-Med)

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung die bestehende Ergänzungsversicherung nach dem Tarif TopS-Med in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung, die für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind, umzustellen. Will der Versicherungsnehmer von diesem Recht Gebrauch machen, so muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Fortfall der gesetzlichen Versicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die Frist verlängert sich auf sechs Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend wirksam werden soll. In diesem Fall muss die Umstellung spätestens zum 01. des siebten Monats, der auf den Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung folgt, wirksam werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Umstellung für alle betroffenen versicherten Personen beantragt wird und der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss an das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung beginnen soll.

Das Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

Das Umstellungsrecht auf die Krankheitskosten-Vollversicherung gilt maximal für folgenden Leistungsumfang:

- ambulante Heilbehandlung;
- stationäre Heilbehandlung;
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie;
- Kurbehandlung, sofern bis zu Beginn dieser "Besonderen Bedingungen" Anspruch auf Leistungen im Fall einer Kur bestand;
- Krankentagegeld 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 von 130 % des zum Umstellungszeitpunkt maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer (aufgerundet auf den nächsthöheren durch fünf teilbaren Betrag);
- Pflegeversicherung nach § 23 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI).

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 bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge (einschl. der neu hinzukommenden Tarife) angepasst.

3. Beiträge

Abweichend von Ziffer 2.1 des Tarifs TopS-Med gelten die folgenden monatlichen Raten der Tarifbeiträge:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	Tarif TopS-Med EUR
0 - 14	7,24
15 - 21	10,91
21 - 25	18,03
26 - 30	24,37
31 - 35	30,09
36 - 40	30,09
41 - 45	30,09

Die hier genannten Beiträge können sich unter den in § 8b MB/KK 09 genannten Voraussetzungen ändern.

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. 21 - 25 zu zahlen. Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 25, 26 - 30, 31 - 35 bzw. 36 - 40 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 25 Jahre und sechs Monate, 30 Jahre und sechs Monate, 35 Jahre und sechs Monate bzw. 40 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 26 - 30, 31 - 35, 36 - 40 bzw. 41 - 45 zu zahlen.

4. Ende der "Besonderen Bedingungen"

Die "Besonderen Bedingungen" enden

- a) mit der Umstellung der Ergänzungsversicherung in eine Vollversicherung, spätestens jedoch sechs Monate nach dem Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung,
- b) mit Ablauf des Monats, in dem das 45. Lebensjahr vollendet wird,
- c) spätestens nach einer Dauer von 15 Jahren.

5. Beiträge nach Beendigung der "Besonderen Bedingungen" ohne Umstellung

Vom Ersten des auf die Beendigung dieser "Besonderen Bedingungen" folgenden Monats an sind - sofern kein Umstellungsrecht in Anspruch genommen wurde - die tariflichen Beitragsraten gemäß Ziffer 2.1 des Tarifs TopS-Med zu entrichten. Dabei gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.