



Tarif **Genau-Für-Sie** Krankenversicherung

Kompakttarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kuren für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** im Versicherungsschein: **siehe Übersicht 1 - Leistungstabelle**

Stand: 01.01.2023

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Genau-Für-Sie Krankenversicherung**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

Leistungsstufe Erstattung	
Ambulante Heilbehandlung	
<ul style="list-style-type: none">- Behandlung durch einen Arzt, auch Behandlungen mit Naturheilverfahren- Vorsorgeuntersuchungen- Arznei- und Verbandmittel- Behandlung durch Heilpraktiker- Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit bis zu 2.000 EUR je Auge- Hebammen-/Entbindungspflegerleistungen- Psychotherapeutische Behandlung- Heilmittel- Hilfsmittel- Brillen und Kontaktlinsen bis 400 EUR alle zwei Kalenderjahre- Haushaltshilfe bis maximal 50 EUR pro Tag für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr- Häusliche Krankenpflege- Kinderwunschbehandlung- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	zu den vereinbarten Leistungs-Prozentsätzen

Leistungsstufe Erstattung

Stationäre Heilbehandlung

- Allgemeine Krankenhausleistungen
 - Rooming-In
 - Stationäre Kurzzeitpflege bei vorübergehendem Hilfebedarf
 - Stationäre Hospizleistungen
 - Übergangspflege im Krankenhaus
-

Zahnärztliche Behandlung

- Zahnbehandlung
 - Zahnprophylaxe
 - Zahnersatz und Kieferregulierung
-

zu den vereinbarten Leistungs-Prozentsätzen

Kuren

- Kurbehandlung
 - Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt 100 EUR pro Tag für maximal 28 Tage
- Kurbehandlung zum vereinbarten Leistungs-Prozentsatz
 - Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz
-

Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses

- pauschal 600 EUR, unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz
-

Soziotherapie

Sozialpädiatrie und Frühförderung

zu den vereinbarten Leistungs-Prozentsätzen

Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

- maximal 3 Monate
-

Optionsrechte

- nach 3, 5 oder 7 Versicherungsjahren
 - Änderung des Beihilfe-Status
 - Entsendung der versicherten Person ins Ausland
-

Übersicht 1: Leistungstabelle

Name im Versicherungsschein	Leistungsstufe	Leistungs-Prozentsatz ambulant und Zahn nach Abschnitt B. Ziffer 1, 3 und 4	Leistungs-Prozentsatz stationär nach Abschnitt B. Ziffer 2 und 4
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 10	GK10	10 %	10 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 15	GK15	15 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 20	GK20	20 %	20 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 20P	GK20P*	20 %	20 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 25	GK25	25 %	25 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 30	GK30	30 %	30 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 35	GK35	35 %	35 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 40	GK40	40 %	40 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 45	GK45	45 %	45 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 50	GK50	50 %	50 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 100	GK100**	100 %	100 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 2015	GK2015	20 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 2515	GK2515	25 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 3015	GK3015	30 %	15 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 3520	GK3520	35 %	20 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 4025	GK4025	40 %	25 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 4530	GK4530	45 %	30 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 5035	GK5035	50 %	35 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 5540	GK5540	55 %	40 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 6045	GK6045	60 %	45 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 6550	GK6550	65 %	50 %
Genau-Für-Sie Krankenversicherung 7055	GK7055	70 %	55 %

* Die Leistungsstufe GK20P entfällt mit Eintritt des Versorgungsfalles (siehe auch Abschnitt D. Ziffer 6 c).

** Die Leistungsstufe GK100 können Sie ausschließlich als Besondere Bedingung vereinbaren. Die Voraussetzungen für den Abschluss finden Sie in einem gesonderten Druckstück.

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** können Personen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe haben. Das gilt auch für deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** gibt es nicht.

Was müssen Sie bei der Tarifauswahl beachten?

Der Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** sieht mehrere Leistungsstufen vor. Folgende Punkte sind wichtig für Sie:

- Die Leistungsstufe GK20P können Sie nur zusammen mit der Leistungsstufe GK30 oder GK50 vereinbaren. Die Pauschalen, die Sie unabhängig von Ihrem vereinbarten Leistungs-Prozentsatz erhalten, werden aus der Leistungsstufe GK30 oder GK50 gezahlt. Aus der Leistungsstufe GK20P werden sie nicht zusätzlich gezahlt.

- Nach den Leistungsstufen GK30 und GK20P beträgt der Leistungs-Prozentsatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50 %. Danach reduziert sich der Leistungs-Prozentsatz auf 30 % durch Wegfall der Leistungsstufe GK20P. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Ist durch Ihren Beihilfeträger eine andere Regelung vorgesehen, muss an Stelle des Versicherungsschutzes nach den Leistungsstufen GK30 und GK20P die Leistungsstufe GK50 vereinbart werden. Sollte die Umstellung auf die Leistungsstufe GK30 mit dem Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein Leistungs-Prozentsatz von 50 % benötigt wird, so ist eine Umstellung auf die Leistungsstufe GK50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Genau-Für-Sie Krankenversicherung** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt.

Sie vereinbaren mit der Barmenia eine prozentuale Kostenerstattung (Leistungs-Prozentsatz). Zusätzlich haben Sie unabhängig vom versicherten Leistungs-Prozentsatz eine Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses und ein Kur-Tagegeld nach stationären Aufenthalten versichert. Die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses und das Kur-Tagegeld werden aus der Leistungsstufe GK20P nicht zusätzlich bezahlt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) hinaus. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren über den Gebührenrahmen des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland erstatten wir die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Wir ersetzen im Rahmen des Versicherungsvertrages die nachgewiesenen Kosten nach dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe. Beispiele:

- **Sie haben die Leistungsstufe GK30 vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz ist 30 %.
- **Sie haben die Leistungsstufen GK30 und GK20P vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz liegt zusammen bei 50 %. Die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses und das Kur-Tagegeld werden aus der Leistungsstufe GK30 gezahlt. Aus der Leistungsstufe GK20P werden sie nicht zusätzlich bezahlt.
- **Sie haben die Leistungsstufe GK5035 vereinbart?** Ihr Leistungs-Prozentsatz liegt bei der ambulanten (nach Ziffer 1) und zahnärztlichen Heilbehandlung (nach Ziffer 3) bei 50 %. Bei der stationären Heilbehandlung (nach Ziffer 2) liegt der Leistungs-Prozentsatz bei 35 %.

Details zum versicherten Leistungs-Prozentsatz finden Sie in der Leistungstabelle (Übersicht 1).

1. Ambulante Heilbehandlung

Die Kosten einer ambulanten Heilbehandlung nach den Ziffern 1 a) bis o) ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe. Das gilt nicht für die Ziffer 1 f).

a) Ambulante Heilbehandlung

Versichert sind die Kosten für ambulante Heilbehandlung. Dazu zählen zum Beispiel:

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Wenn Sie Vorsorgeuntersuchungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Noch ein Hinweis für Sie: Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Vorsorgeuntersuchungen handelt.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

- ärztlich verordnete Arzneimittel. Dazu zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen.
Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.
- ärztlich verordnete Verbandmittel. Hierzu zählen auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen.
- ärztlich verordnete Patientenschulungen (Erst- und Folgeschulungen) für chronisch Kranke. Dazu gehören zum Beispiel: Patientenschulungen für Diabetiker oder Asthmatiker.
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.
- ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (einschließlich reise- und berufsbedingte Schutzimpfungen). Wir erstatten zum Beispiel die Kosten für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.

Wenn Sie Schutzimpfungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.

- Versichert sind die Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

b) Behandlungen durch Heilpraktiker

Versichert sind die Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker. Dazu zählen auch Heilpraktiker mit einer beschränkten Zulassung (sektorale Heilpraktiker) für zum Beispiel den Bereich Physiotherapie. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

c) Psychotherapeutische Behandlung

Versichert sind die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich psychologischer Diagnostik.

- d) Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)
- Versichert sind die Kosten für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **2.000 EUR je Auge**. Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.
- Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie bis zu 600 EUR je Auge (2.000 EUR * 30 % = 600 EUR), für Kosten die durch operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit entstehen.**
- e) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger
- Versichert sind die Kosten für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die im Rahmen von Schwangerschaftsvorsorge oder -nachsorge, Entbindung und Fehlgeburt anfallen.
- f) Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses
- Bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses (zum Beispiel zu Hause oder im Geburtshaus) erhalten Sie **600 EUR als Pauschale** (Einmalzahlung je Geburt). Wir zahlen die Pauschale in voller Höhe, unabhängig von der vereinbarten Leistungsstufe. Die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses wird aus dem Tarif GK20P nicht zusätzlich bezahlt.
- Wenn Sie die Pauschale bei Entbindungen außerhalb des Krankenhauses erhalten, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus.**
- g) Heilmittel
- Versichert sind die Kosten für ärztliche verordnete Heilmittel. Dazu zählen zum Beispiel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Behandlungen, ergotherapeutische Behandlungen und podologische Behandlungen.
- Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.
- Außerdem sind bei Schwangerschaft die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik versichert.
- h) Hilfsmittel
- Versichert sind die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Das sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, zum Beispiel:
- Prothesen, Epithesen und Haarersatz, Behandlungs- und Kontrollgeräte, orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher und Schriftendolmetscher), künstliche Ernährung sowie die Anschaffung eines Blindenführtieres einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen.
- Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde, zum Beispiel:
- Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung,
 - Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz,
 - Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie.
- Wir erstatten die Kosten für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.
- Nicht unter den Versicherungsschutz fallen
- Gegenstände mit geringerem therapeutischen Nutzen (zum Beispiel Blutdruckmessgeräte),
 - Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind (zum Beispiel Ergometer),
 - Bestrahlungsgeräte,

- TENS-Geräte,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (zum Beispiel Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte),
- nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten. Batterien sind jedoch eingeschlossen, wenn es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können.

Bei Hilfsmitteln - insbesondere bei kostenintensiven Hilfsmitteln - empfehlen wir, uns vor Bezug einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmenia Gesundheitservice dann, ob ein Bezug zu günstigeren Konditionen möglich ist. Ein entsprechendes Angebot ist für Sie unverbindlich und freiwillig.

Die Kosten der nachgenannten Hilfsmittel sind in folgender Höhe erstattungsfähig:

- Versichert sind die Kosten für Sehhilfen (auch Sonnenbrillen mit Sehstärke), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von **400 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren**. Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein. Eine Verordnung des Augenarztes brauchen wir nicht.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie bis zu 120 EUR (400 EUR * 30 % = 120 EUR) für Sehhilfen.

Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug von Sehhilfen entsteht nach zwei Kalenderjahren. Vor Ablauf von zwei Kalenderjahren entsteht erneuter Anspruch für Sehhilfen bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

- Versichert sind die Kosten für Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von **2.000 EUR je Ohr**.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie bis zu 600 EUR (2.000 EUR * 30 % = 600 EUR) je Ohr für Hörgeräte.

i) Ambulante Transporte

Versichert sind die Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.

Versichert sind außerdem Fahrten

- bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie;
- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation);
- bei ambulanten Behandlungen, wenn
 - eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder
 - Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 sind.
- bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit zum und vom Arzt oder Krankenhaus.

Werden die unter Ziffer 1 i) genannten Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird ein Kilometersatz zu Grunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetzes geregelt ist.

j) Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung oder Schwangerschaft und Entbindung

Versichert sind die Kosten für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung, Krankenhausbehandlung und bei Schwangerschaft und Entbindung bis maximal **50 EUR pro Tag für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr**.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe maximal 15 EUR am Tag (50 EUR * 30 % = 15 EUR) für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr.

Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

oder

- Sie sind wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung außerhäuslich untergebracht und können den Haushalt nach ärztlichem Attest deshalb nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft oder Entbindung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen.

Besteht gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Haushaltshilfen (mit Ausnahme des Beihilfeträgers), sind diese in Anspruch zu nehmen. Wir leisten dann nur für solche Kosten, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

k) Häusliche Krankenpflege

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

Versichert sind

- 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 pro Kalenderjahr, 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 nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr verordnet werden wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

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

l) Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Versichert sind die Kosten 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.

Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermazellen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

m) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Versichert sind die Kosten für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV), die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen. Entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses soll die SAPV darauf abzielen, Sie in der vertrauten häuslichen Umgebung zu betreuen. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime.

Voraussetzung ist, dass

- die versicherte Person unter einer nichtheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
- durch die begrenzte Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

n) Sozialpädiatrie und Frühförderung

Versichert sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Das gilt für Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

o) Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Versichert sind die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

2. Stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt die Kosten im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Die Kosten einer stationären Heilbehandlung nach den Ziffern 2 a) bis e) ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

- a) Stationäre Heilbehandlung Versichert sind die Kosten für
- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
 - b) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
 - c) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
 - d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.
- b) Rooming-In Versichert sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass Ihr Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
- c) Stationäre Hospizleistung Versichert sind die Kosten für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.
- Voraussetzung ist, dass
- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
 - eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
- Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- d) Stationäre Kurzzeitpflege bei vorübergehendem Hilfebedarf Versichert ist die stationäre Kurzzeitpflege (Grund- und Behandlungspflege)
- im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt,
 - bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung,
 - nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituation, in der eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.
- Wir erkennen die Anspruchsdauer und -höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- e) Übergangspflege im Krankenhaus Versichert sind die Kosten 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 Kosten werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.
- 3. Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen und Zahnersatz** Die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung nach den Ziffern 3 a) bis c) ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.
- a) Zahnbehandlung Versichert sind die Kosten für Zahnbehandlung. Dazu zählen zum Beispiel:
- Füllungen einschließlich Inlays,

- Extraktionen,
- Wurzelbehandlungen,
- Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

b) Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen

Versichert sind die Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen. Dazu zählen zum Beispiel:

- Erstellung des Mundhygienestatus, sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung ausgenommen Bleaching),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

Wenn Sie zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen handelt.

c) Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

Versichert sind die Kosten für Zahnersatz. Dazu zählen zum Beispiel:

- Prothesen,
- Stiftzähne,
- Brücken,
- Kronen,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Vor- und Nachbehandlungen (zum Beispiel Knochenaufbau) und Reparaturen sowie
- Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- **In den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 5.000 EUR unabhängig von der versicherten Leistungsstufe.**
- **Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.**

Der Höchstbetrag entfällt, wenn die Kosten auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

4. Weitere Leistungen und Vereinbarungen

a) Digitale Gesundheitsanwendungen

Die Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

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 Kosten für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

b) Kurbehandlung

Die Kosten für ambulante und stationäre Kurbehandlungen ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

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, fallen unter den Versicherungsschutz die Kosten für:

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen;
- b) Arznei- und Verbandmittel;
- c) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) Kurplan;
- e) Kurtaxe.

Die Kosten für eine Kur erstatten wir einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren. Die Kosten für die Unterbringung sind nicht versichert.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

c) Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt

Wir zahlen ein Kur-Tagegeld in Höhe von **100 EUR je Tag** unabhängig vom vereinbarten Leistungs-Prozentsatz. Es wird maximal für die Dauer von 28 Tagen gezahlt. Das Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt wird aus dem Tarif GK20P nicht zusätzlich bezahlt.

Wir zahlen das Kur-Tagegeld, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Die versicherte Person muss vor der Kur mindestens fünf Tage stationär im Krankenhaus behandelt worden sein.
- b) Die Kur beginnt spätestens sechs Monate nach Ende des Aufenthaltes im Krankenhaus.
- c) Die Kur wird vom behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet.
- d) Die Kur muss unter ständiger ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden.

Damit Sie das Kur-Tagegeld erhalten, reichen Sie bitte einen Nachweis ein, aus dem die Dauer der Kur ersichtlich ist.

d) Rücktransport und Überführung

Die Kosten für folgende Rücktransporte aus dem Ausland ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe:

- Medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfall an den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden muss. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.

- Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person schwer erkrankt oder verletzt ist. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.
- Überführung
Wenn die versicherte Person im Ausland verstirbt, erhalten Sie bis zu 10.000 EUR für die Kosten der Überführung des Verstorbenen oder für die Kosten seiner Bestattung am Sterbeort.

Beispiel: Sie haben die Leistungsstufe GK30 (30 %) versichert? Dann erhalten Sie maximal 3.000 EUR (10.000 EUR * 30 % = 3.000 EUR) für die Kosten der Überführung oder für die Kosten der Bestattung am Sterbeort.

e) Soziotherapie

Die Kosten einer Soziotherapie ersetzen wir mit dem Leistungs-Prozentsatz der vereinbarten Leistungsstufe.

Versichert sind die Kosten für Soziotherapie entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn eine stationäre Heilbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist oder wenn die stationäre Heilbehandlung durch die Soziotherapie vermieden oder verkürzt wird.

Wir leisten für Soziotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn wir eine schriftliche Zusage erteilt haben.

Bei Fachkräften für Soziotherapie sind die Kosten erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

f) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Wann haben Sie oder die versicherte Person Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz?

In der folgenden Situation haben Sie beitragsfreien Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung.

Erhalten Sie oder die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG)?

Dann besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung für die Dauer des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit ist insgesamt auf einen Zeitraum von maximal **drei Monaten** begrenzt.

Der Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz besteht dann, wenn zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens acht Monate im Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung einschließlich eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

g) Optionsrechte

In welchen Fällen können Sie den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erweitern?

Sie haben das Recht den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung zu bestimmten Optionszeitpunkten bzw. bei bestimmten Ereignissen (Buchstaben a bis c) um die folgenden Tarife zu erweitern:

- Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (zum Beispiel Genau-Für-Sie 2-Bett bzw. Genau-Für-Sie 1-Bett)
- Beihilfe-Ergänzungstarife für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (zum Beispiel Genau-Für-Sie Ergänzung bzw. Genau-Für-Sie Ergänzung Plus)
- Einmal ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 EUR

- Einmal eine Pflegeergänzungsversicherung mit einem Monats- bzw. Tagegeld bis zu 2.000 EUR pro Monat in Pflegegrad 5

Wann können Sie von Ihren Optionsrechten Gebrauch machen?

a) Optionsrecht zu bestimmten Optionszeitpunkten

Nach Ablauf von **drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren** (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung an) haben Sie einmalig das Recht, den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung um die unter Ziffer 4 g) genannten Tarife zu erweitern. Voraussetzung ist, dass die Tariffhinzunahme vor Ablauf des dritten oder fünften oder siebten Versicherungsjahres beantragt wird. Die Tariffhinzunahme erfolgt dann zum 01. des darauffolgenden Monats.

Voraussetzung ist, dass in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenvollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung AG bestand.

b) Optionsrecht bei Ernennung zum Beamten auf Probe, Zeit oder Lebenszeit

Werden Sie erstmals zum **Beamten auf Probe, Zeit oder Lebenszeit** ernannt, haben Sie einmalig das Recht, den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung um die unter Ziffer 4 g) genannten Tarife zu erweitern. Voraussetzung ist, dass der Antrag innerhalb von zwei Monaten seit Übergabe der Ernennungsurkunde bei der Barmenia eingeht. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum 01. des auf die Beantragung folgenden Monats.

c) Optionsrecht bei Entsendung ins Ausland

Sie haben das Recht, innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn der Genau-Für-Sie Krankenversicherung an) bei einer **Entsendung ins Ausland** den Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung um die unter Ziffer 4 g) genannten Tarife zu erweitern. Voraussetzung ist, dass der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines Studienaufenthalts stattfindet. Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten ab Entsendung ins Ausland bei der Barmenia eingehen. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum Zeitpunkt der Entsendung ins Ausland.

Wann können Sie von Ihrem Optionsrecht auf ein Krankentagegeld Gebrauch machen?

d) Optionsrecht bei Fortfall des Beihilfeanspruchs

Sie haben das Recht, nach Fortfall des Beihilfeanspruchs 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 140 % des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer.

Wir werden einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Hinzunahme der Krankentagegeldversicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt wird. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum 01. des auf die Antragstellung folgenden Monats.

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

Was gilt, wenn Sie von Ihrem Optionsrecht Gebrauch machen?

Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle zum jeweiligen Zeitpunkt der Tariffinzunahme an wirksam.

Was ist bei Hinzunahme der neuen Tarife für die Beitragszahlung wichtig?

Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Es errechnet sich aus Kalenderjahr minus Geburtsjahr. Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis auch auf den Beitrag des neu hinzukommenden Tarifs erhoben.

Wann gelten die Optionsrechte nicht?

Alle unter Ziffer 4 g) genannten Optionsrechte gelten nicht, wenn der Vertrag auf Grund der Annahmeverpflichtung des Versicherers zustande gekommen ist (Öffnungsaktion).

h) Anpassungsrecht

Welche Rechte haben Sie, wenn sich der Beihilfebemessungssatz ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt?

Wenn sich für beihilfeberechtigte Personen der Beihilfebemessungssatz ändert oder der Beihilfeanspruch entfällt, können Sie den Versicherungsschutz entsprechend anpassen. Ist eine Anpassung innerhalb des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung nicht möglich, können andere für den Neuzugang geöffnete Tarife gewählt werden.

Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Wir werden einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. Fortfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird. Hinweis: Bitte legen Sie Ihrem Antrag den Nachweis Ihrer Beihilfestelle bei. Die Vertragsänderung wird dann zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder dem Wegfall des Beihilfeanspruchs wirksam. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gewährt.

Beispiel:

Aktuelle Situation (Beihilfeberechtigter Bund mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern):

- Beihilfeanspruch (Beihilfebemessungssatz):	70 %
- Leistungs-Prozentsatz Genau-Für-Sie Krankenversicherung:	30 %

01.03.2023 (Beihilfeberechtigter Bund mit einem berücksichtigungsfähigen Kind):

- neuer Beihilfeanspruch (Beihilfebemessungssatz):	50 %
- erforderlicher Leistungs-Prozentsatz Genau-Für-Sie Krankenversicherung:	50 %

Zeitraum zum Antrag auf Änderung des Leistungs-Prozentsatzes: 01.03. – 31.08.2023

Geht der Antrag auf Änderung des Leistungs-Prozentsatzes bis zum 31.08.2023 ein, wird die Vertragsänderung rückwirkend zum 01.03.2023 wirksam.

C. Beiträge

Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Außerdem sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 13 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.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

- Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.**
1. Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?
- Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
- Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht **zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz**, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt wird. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.
- Zu § 1 (5) MB/KK 09: Umfang des Versicherungsschutzes**
- Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, sind abweichend von § 1 (5) MB/KK 09 die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.
2. Was gilt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen?
- Zu § 4 (4.5) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht**
- Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen leisten wir im vertraglich vereinbarten Umfang für den Teil, der über die Beihilfeleistungen hinausgeht.
3. Welche Leistungen wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus?
- Zu § 4 (10) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht**
- Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1 a), für die Entbindung außerhalb des Krankenhauses nach Ziffer 1 f) sowie für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 3 b) wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs aus, wenn für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen oder eine Entbindung außerhalb des Krankenhauses handelt.
4. Was ist zu beachten, wenn auch anderweitige Leistungsansprüche bestehen?
- Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**
- Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.
5. Wann kann die Versicherung gekündigt werden?
- Zu § 13 (1) MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer**
- Nach dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung beträgt die Mindestvertragsdauer zwölf Monate.
6. Wann endet die Versicherung?
- Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung bzw. Änderung der Versicherung**
- a) Die Versicherung nach dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe. Sie können dann im Rahmen von Abschnitt B. Ziffer 4 h (Anpassungsrecht) die Weiterversicherung in einem anderen für den Neuzugang geöffneten Tarif des Versicherers verlangen.
- b) Mit der Beendigung der Versicherung nach den Leistungsstufen GK30 oder GK50 endet auch die Versicherung nach der Leistungsstufe GK20P.
- c) Wenn Sie die Leistungsstufen GK30 und GK20P vereinbart haben, endet die Leistungsstufe GK20P mit Eintritt des Versorgungsfalles.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

<ul style="list-style-type: none"> • Akupressur 	<ul style="list-style-type: none"> • Gasgemischinjektionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthomolekulare Medizin
<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hautwiderstandsmessungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopathie
<ul style="list-style-type: none"> • Anthroposophische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmagnetische Behandlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Antihomotoxische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermalpunktur)
<ul style="list-style-type: none"> • Aromatherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöosiniatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Phytotherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Ausleitende Verfahren <ul style="list-style-type: none"> - Aderlass - Baunscheid-Behandlung - Bier'sche Stauung - Bluteigelbehandlung - Cantharidentherapie - Fontanellentherapie - Pustulantien-Behandlung - Schröpfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Proteomik
<ul style="list-style-type: none"> • Ayurveda 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperthermie 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexzonenmassage
<ul style="list-style-type: none"> • Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler 	<ul style="list-style-type: none"> • Irisdiagnostik (Augendiagnostik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regena-Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm 	<ul style="list-style-type: none"> • Isopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulationsmedizin und Matrixtherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinesiologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Roeder'sches Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinochrom-Reaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Kristallographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschnitt-Therapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Chiropraktik (Chirotherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lasertherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
<ul style="list-style-type: none"> • Colon-Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Shiatsu
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenblutbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphdrainage 	<ul style="list-style-type: none"> • Spagyrik
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenharnbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermographie
<ul style="list-style-type: none"> • Elementar-Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervenpunktmassage 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermoherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Enzymtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuraltherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung bei Allergien¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Nosodentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschalltherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Feldenkrais-Methode 	<ul style="list-style-type: none"> • Organotherapie (einschließlich Thymus-therapie, Zelltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

¹ Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.