

Krankheitskosten- versicherung

Tarif BBC	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Ergänzungstarif für Sehhilfen, Arznei- und Verbandmittel, Zahnersatz, stationäre Heilbehandlung und Auslandsaufenthalte</i>	Versicherungsfähigkeit	2
<i>für MitarbeiterInnen der BARMER GEK</i>	1. Leistungen	
	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
	1.2 Höhe der Leistungen	2
<i>Stand 01.01.2011</i>	2. Beiträge	
	2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	3
	2.2 Aufnahmehöchstalter	3
Der Tarif BBC 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 a. G. (TB/KK 11).	2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung der Leistungen der GKV	3
	4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
	4.1 Der Versicherungsschutz	3
	4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	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.

Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können Personen versichert werden, die hauptberufliche MitarbeiterInnen der BARMER GEK sind. Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder, für die Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz besteht, können mitversichert werden. Alle versicherten Personen müssen 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

1.111 Sehhilfen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Brillen (Fassung und Gläser) und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen.

1.112 Arznei- und Verbandmittel

Unter den Versicherungsschutz fallen die Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel nach § 31 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

1.12 Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Implantate - nicht jedoch für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen.

1.13 Stationäre Krankenhausbehandlung

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt sowie einer stationären Anschlussheilbehandlung fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen (nicht jedoch bei Zahnbehandlung und Kieferorthopädie, es sei denn, diese sind ursächlich für die stationäre Krankenhausbehandlung);
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- Landtransporte zur Verlegung von einem mindestens 50 km vom ständigen Wohnsitz entfernt liegenden Krankenhaus in ein Krankenhaus am ständigen Wohnsitz.

Eine stationäre Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn eine mit ihr in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung voraufgegangen ist und die Anschlussheilbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss dieser stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Leistungsanspruch besteht maximal für die in den ersten 28 Tagen der stationären Anschlussheilbehandlung entstehenden Aufwendungen.

1.14 Auslandsaufenthalte

1.141 Vorbemerkung

Bei im Ausland akut auftretender Behandlungsbedürftigkeit wegen 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 Heilbehandlung sowie stationäre Krankenhausbehandlung 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 Auslandsaufenthaltes.

Für Behandlungen, die Anlass für die Reise sind, besteht kein Versicherungsschutz.

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.

Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

1.142 Ambulante Heilbehandlung sowie stationäre Krankenhausbehandlung

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:

- Ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel;
- ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Krankenhausbehandlung;
- notwendigen Transport zur stationären Krankenhausbehandlung in das nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- 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 um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen für einen

- Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Ret-

tungsflug die einzige Möglichkeit des Rücktransports ist und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;

- sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den zehnfachen 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.

1.144 Überführungskosten

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.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für Sehhilfen gemäß Ziffer 1.111: 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 156,00 EUR pro Kalenderjahr. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nur bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien. Dies gilt nicht bei Leistungen für Brillenfassungen und Brillenreparaturen. 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;
- für Arznei- und Verbandmittel gemäß Ziffer 1.112: 100 % unter Berücksichtigung von § 62 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung;
- für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.12: 100 % des Unterschiedsbetrages zwischen der Leistung der GKV (= GKV-Anteil von 65 % im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung) und 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif;
- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung gemäß Ziffer 1.13 a): 100 %;
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung gemäß Ziffer 1.13 b): 100 %;
- für Landtransporte zur Verlegung gemäß Ziffer 1.13 c): 100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 1.560,00 EUR pro Kalenderjahr;

- g) für Auslandsaufenthalte gemäß Ziffern 1.142 - 1.144:
100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen.

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

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.

2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung der Leistungen der GKV

Eine Änderung der Leistungen der GKV gilt ebenfalls als Änderung der Gesundheitsverhältnisse im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Leistungen und Beiträge jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend geändert werden können.

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

Aus dem eingereichten Erstattungsantrag müssen die Leistungen der GKV ersichtlich 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.

Bei Aufwendungen nach Ziffer 1.112 (Arznei- und Verbandmittel) gilt als Kostenbeleg eine Kopie des Rezeptes mit dem Quittungsvermerk der Apotheke pro Mittel. Auch kann ein von der gesetzlichen Krankenversicherung zum Nachweis der Zuzahlungen akzeptiertes Formular verwendet werden, das Name und Vorname der behandelten Person, Art und Höhe der Zuzahlung, das Datum des Arznei- und Verbandmittelbezugs sowie Stempel und Unterschrift der Apotheke enthalten muss.

Diese Kostenbelege sind dem Versicherer erst nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die erstattungsfähigen Aufwendungen entstanden sind, einmalig gesammelt einzureichen; dabei ist eine Leistung der GKV nach § 62 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung nachzuweisen.

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 Versicherungsbegins 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.

4.3 Ende der Versicherung

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

4.321 Ende der Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen 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.

4.322 Ende des Beschäftigungsverhältnisses mit der BARMER GEK

Endet das Beschäftigungsverhältnis mit der BARMER GEK, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für den Versicherungsnehmer und die mitversicherten Personen zum Ende des Monats, in dem das Beschäftigungsverhältnis endet. Die betreffenden Personen können dann die Weiterversicherung in einem anderen für den Neuzugang geöffneten GKV-Ergänzungstarif des Versicherers verlangen, sofern die Versicherungsfähigkeit danach gegeben ist.

4.323 Anzeige der Beendigungsgründe

Der Versicherungsnehmer hat die unter den Ziffern 4.321 - 4.322 beschriebenen Sachverhalte, die zur Beendigung der Versicherung nach diesem Tarif führen, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.