

Krankheitskosten- versicherung

Tarif BKKS	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung</i>	Aufnahmefähigkeit	2
<i>für Personen, die bei einer Betriebskrankenkasse versichert sind, die einem Kooperationsvertrag mit der Barmenia Krankenversicherung a. G. beigetreten ist oder diesen mit ihr vereinbart hat</i>	1. Leistungen	
	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
	1.2 Höhe der Leistungen	2
	2. Beiträge	
	2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	2
	2.2 Aufnahmehöchstalter	2
<i>Stand 01.04.2018</i>	4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
	4.1 Der Versicherungsschutz	2
	4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	2
	4.3 Ende der Versicherung	2
	5. Fortsetzung der Versicherung nach Ausscheiden aus einer Betriebskrankenkasse bzw. nach Beendigung des Kooperationsvertrages	3

Der **Tarif BKKS** 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 a. G. (TB/KK 11).

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.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif BKKS können Personen aufgenommen werden, die bei einer Betriebskrankenkasse versichert sind, die einem Kooperationsvertrag mit der Barmenia Krankenversicherung a. G. beigetreten ist oder diesen mit ihr vereinbart hat.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1.1 Stationäre Heilbehandlung

Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Behandlung (jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlung, soweit sie nicht Bestandteil der Gebührenordnung für Ärzte sind), für Unterkunft und Verpflegung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei vorheriger Zustimmung des Versicherers sind auch über den Gebührenrahmen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen erstattungsfähig;
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- allgemeine Krankenhausleistungen;
- notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.1.2 Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus

Wird neben einem nach diesem Tarif versicherten Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, so fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

1.1.3 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Bei vorheriger Zustimmung des Versicherers sind auch über den Gebührenrahmen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen erstattungsfähig;
- Leistungen des Krankenhauses.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.11 a): 100 %;
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.11 b): 100 %;
- für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Ziffer 1.11 c): 100 % der nach Vorleistung der Betriebskrankenkasse verbleibenden Aufwendungen. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der Betriebskrankenkasse, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif;
- für Transporte zum und vom Krankenhaus gemäß Ziffer 1.11 d): 100 % der nach Vorleistung der Betriebskrankenkasse verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Eigenbeteiligungen des Versicherten an den Transportkosten;
- für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12: 100 %;
- für ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.13: 100 % der nach Vorleistung der Betriebskrankenkasse verbleibenden Aufwendungen.

Wird bei einer stationären Heilbehandlung weder die Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer noch die ärztliche Behandlung gesondert berechnet, so wird hierfür ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Das Krankenhaustagegeld beträgt 20,00 EUR an Stelle der Aufwendungen gemäß Ziffer 1.11 a) und b).

Das gilt nicht für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der Betriebskrankenkasse einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt - soweit noch nicht ausgeschöpft - ebenfalls als Vorleistung der Betriebskrankenkasse.

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.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.1.4 Zu § 4 (4.2) TB/KK 11: Vor- und nachstationäre Heilbehandlung

§ 4 (4.2) TB/KK 11 wird wie folgt geändert: Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von sechs Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt.

4.15 Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

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

Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Ziffer 1.11 c), Transporte zum und vom Krankenhaus nach Ziffer 1.11 d) und ambulante Operationen im Krankenhaus nach Ziffer 1.13 müssen auf allen Kostenbelegen die Leistungen der Betriebskrankenkasse bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.2.1 Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 11 lautet für diese Tarife 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 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

Ausnahme: Der Beitrag für Kinder gilt auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres, solange Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 und 3 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) bei einer Betriebskrankenkasse besteht. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs.

4.2.3 Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten

Endet die Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse, die einem Kooperationsvertrag mit der Barmenia Krankenversicherung a. G. beigetreten ist oder diesen mit ihr vereinbart hat, und wird eine Versicherung bei einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begründet, hat der Versicherungsnehmer die Beendigung der Versicherung in der Betriebskrankenkasse dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Bei einem Wechsel zu einer anderen Betriebskrankenkasse wird die Versicherung nach dem Tarif BKKS unverändert fortgeführt. Bei einem Wechsel zu einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, die keine Betriebskrankenkasse ist, kann die Versicherung nach dem Tarif BKKS unter geänderten Bedingungen fortgesetzt (siehe Ziffer 5) oder beendet (siehe Ziffer 4.31 c) werden.

4.3 Ende der Versicherung

4.3.1 b) Zu § 13 (1.1) TB/KK 11: Vertragsdauer

Abweichend von § 13 (1.1) TB/KK 11 besteht für diesen Tarif keine Mindestvertragsdauer.

4.3.1 c) Zu § 13 (4) MB/KK 09: Ende der Versicherung

Endet die Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse und wird die Versicherung bei einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begründet, die keine Betriebskrankenkasse ist, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach Wechsel zu der anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt des Wechsels kündigen. Gleiches gilt für den Fall, dass die vertragliche Kooperation zwischen der Betriebskrankenkasse und der Barmenia Krankenversicherung a. G. endet.

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

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

5. **Fortsetzung der Versicherung nach Ausscheiden aus einer Betriebskrankenkasse bzw. nach Beendigung des Kooperationsvertrages**

Endet die Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse und wird eine Versicherung bei einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begründet, die keine Betriebskrankenkasse ist, so kann die Versicherung nach dem Tarif BKKS unter folgenden Bedingungen fortgesetzt werden:

- a) Soweit im Tarif auf die Leistungen bzw. Vorleistungen der Betriebskrankenkasse Bezug genommen wird, gelten als Leistungen bzw. Vorleistungen der Betriebskrankenkasse die Leistungen bzw. Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, bei der die Versicherung besteht.
- b) Der Beitrag erhöht sich ab dem 01. des Monats, der auf die Beendigung der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Es gilt dann die Beitragsübersicht GKKS.

Gleiches gilt für den Fall, dass der Kooperationsvertrag, zu dem der Beitritt erfolgte oder der unmittelbar mit dieser vereinbart wurde, endet.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Wird die Versicherung nach dem Tarif nach Ziffer 5 fortgesetzt, wird im Versicherungsschein die Tarifbezeichnung BKKS durch die Tarifbezeichnung GKKS ersetzt.