

Krankheitskosten- versicherung

Tarif BKKA	Inhaltsübersicht	Seite
Ergänzungstarif für Sehhilfen, Zahnersatz, Inlays und Auslandsaufenthalte	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
	1.3 Tarifstufe Z	3
	1.4 Tarifstufe Zahn plus	3
	2. Beiträge	
	2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	3
	2.2 Aufnahmehöchstalter	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
	5. Fortsetzung der Versicherung nach Ausscheiden aus einer Betriebskrankenkasse bzw. nach Beendigung des Kooperationsvertrages	4

Stand 01.04.2018

Der **Tarif BKKA** 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 BKKA 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

1.11 Sehhilfen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nur bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien. 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 Betriebskrankenkasse eine Vorleistung für die Sehhilfe erbracht hat.

1.12 Zahnersatz und Inlays

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

- a) Zahnersatz (Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Implantate - nicht jedoch für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen.
Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Regelhöchstsätze¹ der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind im Rahmen des jeweils gültigen bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses zahntechnischer Leistungen (BEL) erstattungsfähig;
- b) Inlays.
Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Regelhöchstsätze¹ der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind bis zu den ortsüblichen Preisen erstattungsfähig.
Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000,00 EUR überschreiten werden.

¹ Das ist der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz.

1.13 Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten

1.131 Vorbemerkung

Bei im Ausland akut auftretenden 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 und stationäre Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.132 und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (Ziffern 1.133 und 1.134). Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.

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

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

1.132 Ambulante und stationäre Heilbehandlung

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:

- a) Ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, und zwar Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen;
- e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- f) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- g) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- h) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall;
- i) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen (nicht jedoch Inlays und ähnlich hochwertige Zahnfüllungen) und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz.

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.

1.133 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

- a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten, und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
- b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen 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.

Die Aufwendungen nach Ziffer 1.133 b) werden unabhängig von einer medizinischen Notwendigkeit auch dann ersetzt, wenn nach ärztlichem Attest am Aufenthaltsort eine stationäre Behandlung von mindestens - gegebenenfalls weiteren - sieben Tagen wegen Krankheit oder Unfallfolge erforderlich wäre.

1.134 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

1.21 Aufwendungen für Sehhilfen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen gemäß Ziffer 1.11 werden, soweit sie die Vorleistung der Betriebskrankenkasse übersteigen, zu 100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 300,00 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren ersetzt.

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.

1.22 Aufwendungen für Zahnersatz und Inlays

Es werden 30 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Inlays gemäß Ziffer 1.12 ersetzt.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt. Dies gilt nicht, wenn ein entsprechender Heil- und Kostenplan bereits von der Betriebskrankenkasse geprüft und genehmigt wurde.

1.23 Aufwendungen für Auslandsaufenthalte
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffern 1.132 - 1.134 werden zu 100 % ersetzt.

1.3 Tarifstufe Z

Der Tarif BKKa kann alternativ auch als Tarifstufe Z vereinbart werden. Diese Tarifstufe beinhaltet keinen Versicherungsschutz für Sehhilfen nach den Ziffern 1.11 und 1.21 sowie für zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten nach den Ziffern 1.13 und 1.23. Versicherungsschutz besteht in dieser Tarifstufe damit nur für Zahnersatz und Inlays nach den Ziffern 1.12 und 1.22.

Die Tarifbezeichnung im Versicherungsschein lautet dann BKKAZ.

1.4 Tarifstufe Zahn plus

1.41 Vorbemerkung

Zusätzlich zu dem Tarif BKKa oder zu der Tarifstufe Z kann die Tarifstufe Zahn plus vereinbart werden. Diese Tarifstufe sieht zusätzliche Leistungen bei Zahnersatz und Inlays (s. Ziffer 1.42) vor. Die Tarifbezeichnung im Versicherungsschein für diese Tarifstufe lautet BKKAZ+.

1.42 Zahnersatz und Inlays

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- a) für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.12 a)zu 10 %,
 - b) für Inlays gemäß Ziffer 1.12 b)zu 35 %;
- einschließlich der Leistungen der Betriebskrankenkasse und der Leistungen nach Ziffer 1.22 dürfen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt. Dies gilt nicht, wenn ein entsprechender Heil- und Kostenplan bereits von der Betriebskrankenkasse geprüft und genehmigt wurde.

1.43 Nachweis der Aufwendungen

Für die Tarifstufe Zahn plus wird die Ziffer 4.19 b) (zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen) ergänzt (Einzelheiten s. Ziffer 4.19 b)).

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 Muster-Tarifbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.15 Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

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

Bei Aufwendungen für Sehhilfen nach Ziffer 1.11 für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen auf allen Kostenbelegen die Leistungen der Betriebskrankenkasse bestätigt 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 mitvorzulegen.

ist die Tarifstufe Zahn plus vereinbart, lautet die Ziffer 4.19 b) wie folgt:

Bei Aufwendungen für Sehhilfen nach Ziffer 1.11 für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Aufwendungen für Zahnersatz und Inlays nach Ziffer 1.12 müssen auf allen Kostenbelegen die Leistungen der Betriebskrankenkasse bestätigt 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 mitvorzulegen.

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 diese Tarife 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 - 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.

4.23 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 BKKa unverändert fortgeführt. Bei einem Wechsel zu einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, die keine Betriebskrankenkasse ist, kann die Versicherung nach dem Tarif BKKa unter geänderten Bedingungen (siehe Ziffer 5) fortgesetzt oder beendet (siehe Ziffer 4.31 c) werden.

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

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund 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

4.31b) Zu § 13 (1.1) TB/KK 11: Vertragsdauer

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

4.31c) 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 Krankenversiche-
rung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

5. Fortsetzung der Versicherung nach Ausscheiden aus einer Betriebskranken- kasse bzw. nach Beendigung des Kooperationsvertrages

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

- a) Soweit im Tarif auf die Leistungen bzw. Vorleis-
tungen der Betriebskrankenkasse Bezug ge-
nommen wird, gelten als Leistungen bzw. Vor-
leistungen der Betriebskrankenkasse die Lei-
stungen bzw. Vorleistungen der deutschen ge-
setzlichen 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 GKKa.

Gleiches gilt für den Fall, dass der Kooperationsver-
trag, 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 Tarifbe-
zeichnung BKKa durch die Tarifbezeichnung GKKa
ersetzt.