

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Kurzübersicht

Nachfolgende Kurzübersicht gibt einen **groben Überblick** über den Versicherungsschutz des Tarifs AN+.

Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker

- 80 % (bis maximal 1000,00 Eur pro Kalenderjahr)

Sehhilfen

- 100 % (bis maximal 300,00 EUR innerhalb zweier Kalenderjahre)

Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

- 100 %

Rücktransport- und Überführungskosten aus dem Ausland

- 100 % der Mehrkosten

Die erstattungsfähigen Aufwendungen und die Höhe der Leistungen **im Detail** ergeben sich aus den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Tarif AN+

Ergänzungstarif für Naturheilverfahren durch Ärzte sowie Heilpraktikerbehandlung, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben

Stand 01.01.2013

Der **Tarif AN+** 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 13).

Inhaltsübersicht

Seite

Versicherungsfähigkeit 2

- 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
 - 2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Hufeland-Leistungsverzeichnisses 2

- 4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)**
 - 4.1 Der Versicherungsschutz 3
 - 4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers 3
 - 4.3 Ende der Versicherung 3

Anhang

- Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren 4

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 dem Tarif AN+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben.

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 Naturheilverfahren durch Ärzte

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für die nicht unter die Leistungspflicht der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe fallenden naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind (s. Anhang), und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

1.112 Behandlung durch Heilpraktiker

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführt sind (s. Anhang), und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Gebühren sind im tariflichen Umfang bis zum Höchstsatz des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

1.113 Sehhilfen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

1.14 Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten

1.141 Vorbemerkung

Bei im Ausland auftretenden Krankheiten oder Unfällen, 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 1.142 und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (Ziffern 1.143 bis 1.144). Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten acht Wochen eines vorübergehenden urlaubs- oder beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes.

Keine Leistungspflicht besteht für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.

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

1.142 Ambulante und stationäre Heilbehandlung

Der Versicherer ersetzt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall die Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung (auch wenn diese durch eine Pandemie verursacht werden), 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;
- ärztlich verordnete Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen und Hörgeräte), soweit diese auf der versicherten Reise krankheits- oder unfallbedingt erstmals erforderlich werden;
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
- Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache 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, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Aufwendungen für ein im Ausland neugeborenes Kind einer Versicherten sind bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind im Rahmen der Leistungspflicht nach dieser Ziffer 1.142 mitversichert.

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 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;
- 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 Beförderungs-klasse, 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 werden auch ersetzt

- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.

Übliche Fahrkosten sind solche, die für die versicherte Person auch ohne den Rücktransport entstanden wären (z. B. Rückflugticket, Bahnfahrkarte), soweit diese eindeutig ermittelt werden können.

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

1.21 Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen:

- für Naturheilverfahren durch Ärzte gemäß Ziffer 1.111 und Behandlungen durch Heilpraktiker gemäß Ziffer 1.112 zu 80 % bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000,00 EUR pro Kalenderjahr;
- für Sehhilfen gemäß Ziffer 1.113 zu 100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 300,00 EUR innerhalb zweier Kalenderjahre.

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

1.22 Aufwendungen für Auslandsaufenthalte

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffern 1.142 - 1.144 werden, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen, zu 100 % ersetzt.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung 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 Änderungen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses

Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand

2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfanges unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

4. **Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)**

4.1 **Der Versicherungsschutz**

4.19 a) **Zu § 4 Abs. 3 (3.2) TB/KK 13: 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**

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe bestätigt sein. Dies gilt nicht bei Aufwendungen für Sehhilfen gemäß Ziffer 1.113 für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

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 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 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.

4.24 **Zu § 13 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer aufgrund 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**

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

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst, so endet die Versicherung nach dem Tarif AN+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Heilfürsorge dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
 - Aderlass
 - Baunscheidt-Behandlung
 - Bier'sche Stauung
 - Blutegelbehandlung
 - Cantharidentherapie
 - Fontanellentherapie
 - Pustulantien-Behandlung
 - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- 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
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien¹
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glöckchenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermoherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

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

Krankheitskosten- versicherung

Kurzübersicht

Nachfolgende Kurzübersicht gibt einen **groben Überblick** über den Versicherungsschutz des Tarifs PRAEVI+.

Diverse ambulante Vorsorgemaßnahmen durch Ärzte

- 100 %

Die erstattungsfähigen Aufwendungen und die Höhe der Leistungen **im Detail** ergeben sich aus den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Tarif PRAEVI+

Ergänzungstarif für ambulante Vorsorgemaßnahmen durch Ärzte

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben

Stand 01.01.2018

Der **Tarif PRAEVI+** 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 13).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird der Tarif PRAEVI+ mit der Tarifbezeichnung PRAEV+ ausgewiesen.

Inhaltsübersicht

Seite

Versicherungsfähigkeit 2

- 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

- 4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)**
- 4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers 2
- 4.3 Ende der Versicherung 2

Anhang 3

Liste der erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgemaßnahmen

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 dem Tarif PRAEVI+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben.

1. Leistungen

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

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für die nicht unter die Leistungspflicht der GKV oder der Heilfürsorge fallenden ambulanten Vorsorgemaßnahmen durch Ärzte gemäß Anhang. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Regelhöchstsätze¹ der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden zu 100 % ersetzt.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	5,17
15 - 21	3,28
21 - 35	7,35
36 - 50	12,40
51 -	13,42

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

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

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

§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt: Der Beitrag für Kinder (0-14 Jahre bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51- zu zahlen.

4.23 Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten

Neben dem Tarif PRAEVI+ darf eine weitere Krankheitskostenversicherung bei der Barmenia oder bei einem anderen Versicherer, die ganz oder teilweise Leistungen für die unter Ziffer 1.1 genannten Aufwendungen vorsieht, weder fortgeführt noch abgeschlossen werden. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

4.24 Zu § 13 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherten aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

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

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst, so endet die Versicherung nach dem Tarif PRAEVI+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Heilfürsorge dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

¹ Das ist der 2,3fache Satz 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.

Liste der erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgemaßnahmen

- Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung ("Intervall-Check"):
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinische orientierende Beratung, Blutentnahme, Laboruntersuchungen (kleines Blutbild, Blutsenkung, Elektrolyte, Elektrophorese, Fettprofil, Leberprofil, Nierenprofil)
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Ergänzungen der Gesundheitsuntersuchung um Ruhe- und/oder Belastungs-EKG sowie weitere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen relevante Laboruntersuchungen
- Einmal innerhalb eines Kalenderjahres
- Zusätzliche Kinder-/Jugendlichen- Früherkennungsuntersuchungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ("Kinder-Intervall-Check"):
Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) ggf. einschließlich Beratung der Bezugsperson(en)
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Hör-Check für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:
Kinderaudiometrie bzw. Tonschwellenaudiometrie
- Zweimal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif
- Schielvorsorge für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr:
Qualitative/quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes
- Einmal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif
- Augencheck für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:
Subjektive und objektive Refraktionsbestimmung
- Zweimal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif
- Gynäkologische Komplett-Vorsorge einschl. zytologischer Untersuchung zur Krebsdiagnostik und Sonographie (Brustdrüsen, Uterus, Ovarien, Nieren)
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Urologische Komplett-Vorsorge für Männer einschl. PSA-Bestimmung und Sonographie (Prostata, Nieren, Hoden)
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Lungenfunktionsprüfung zur Früherkennung
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Auflichtmikroskopie der Haut
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Hirnleistungscheck zur Früherkennung von Demenzen
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Zusatzuntersuchung im Schwangerschaftsverlauf (AFP, Toxoplasmose, Triple-Test zur Risikoabschätzung des Morbus Down) ggf. einschl. einer zusätzlichen sonographischen Schwangerschaftsuntersuchung
- Einmal pro Schwangerschaft
- Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose
- Einmal innerhalb eines Zeitraumes von 10 Kalenderjahren
- Glaukomfrüherkennung
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre
- Entspannungsverfahren als ärztliche Präventionsleistung (Autogenes Training, Yoga und ähnliche Verfahren)
- Maximal 6 Sitzungen innerhalb zweier Kalenderjahre
- Beratung zur Zusammenstellung einer Hausapotheke¹
- Einmal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif
- Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung auf der Basis vorhandener Befunde bei lebensverändernden Diagnosen ggf. einschl. konsiliarischer Erörterung
- Einmal pro Krankheitsfall

¹ Die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.