

Krankheitskosten- versicherung

Tarif VCH

*für ambulante und stationäre Heilbehandlung,
Zahnbehandlung und Zahnersatz*

Stand 01.01.2017

Der **Tarif VCH** 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).

Inhaltsübersicht

Seite

1. Leistungen	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2 Höhe der Leistungen und Selbstbehalte	3
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	3
2.2 Aufnahmehöchstalter	3
2.8 Optionsrechte	3
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
4.1 Der Versicherungsschutz	4
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	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.

Vorbemerkung

Im Rahmen der Krankheitskostenversicherung darf der

- Tarif VCH, Tarifstufe 3 nur allein oder nur in Verbindung mit dem Tarif WS bzw. einem Kurtarif der Barmenia
- Tarif VCH, Tarifstufe 2 nur allein oder nur in Verbindung mit dem Tarif VC1Z bzw. dem Tarif VC1Z*Plus* bzw. dem Tarif WS bzw. einem Kurtarif der Barmenia

vereinbart werden (s. Ziffer 4.23).

Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherungen sowie Pflegeversicherungen können zusammen mit dem Tarif VCH vereinbart werden.

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

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- a) Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen;
- b) Arznei- und Verbandmittel (siehe Ziffer 4.19);
- c) Heilmittel, und zwar medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische und ergotherapeutische Behandlungen;
- d) Hilfsmittel, und zwar
 - Bandagen;
 - Brillen und Kontaktlinsen, erstattungsfähig sind (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 125,00 EUR für eine Sehhilfe. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe nur bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien;
 - Bruchbänder;
 - orthopädische Schuhe, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 250,00 EUR pro Jahr;
 - Einlagen;
 - Gummistrümpfe;
 - Hörgeräte, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR;
 - elektronische Kehlköpfe;
 - Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen;
 - Geh- und Stützapparate;
 - Kunstaugen;
 - Krankenfahrräder, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,00 EUR, wenn sie in Absprache mit der Barmenia bezogen werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR;
 - lebenserhaltende Hilfsmittel;
- e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- f) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.
Erstattungsfähig sind außerdem Fahrten
 - bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie und
 - bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation).

Bei Hilfsmitteln kommt es in der Regel durch erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge bzw. den Erstattungsprozentsatz von 80 % (Ziffer 1.2) zu Eigenbeteiligungen. Es ist daher empfehlenswert - insbesondere bei kostenintensiven Hilfsmitteln -, dem Versicherer vor Bezug einen Kostenvorschlag vorzulegen.

Aufwendungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sind nicht erstattungsfähig (siehe Ziffer 4.18).

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung sind nach Ziffer 1.13 erstattungsfähig.

1.12 Stationäre Heilbehandlung

1.121 Vorbemerkung

Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus. In welchem Umfang diese Aufwendungen erstattungsfähig sind, ergibt sich aus der vereinbarten Tarifstufe.

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung sind nach Ziffer 1.13 erstattungsfähig.

1.122 Tarifstufe 2

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
- b) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
- c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer (Bei Unterkunft im Einbettzimmer sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, sind 50 % der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer erstattungsfähig.);
- d) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
- e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.123 Tarifstufe 3

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
- b) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
- c) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
- d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.13 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

- a) Zahnbehandlung (z. B. Füllungen außer Inlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) sowie die in der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung genannten zahnprophylaktischen Leistungen;
- b) Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Implantate, Inlays, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen;
- c) Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000,00 EUR überschreiten werden.

1.14 Rücktransportkosten und Überführungskosten

Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenen geeigneten 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 fünf-fachen 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.

Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünf-fachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden in entsprechender Höhe die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland übernommen.

1.15 Häusliche Krankenpflege

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

Unter den Versicherungsschutz fallen

- 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, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird.

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

1.16 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in

der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

1.17 Stationäre Hospizleistung

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

1.2 Höhe der Leistungen und Selbstbehalte

1.21 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- a) für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11 a) bis c) und e) zu 100 %, wenn die Behandlung durch einen Hausarzt oder durch einen Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung^{*)}, Notarzt oder Bereitschaftsarzt durchgeführt wird. Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif dem Versicherer namentlich zu benennen. Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin oder ein praktischer Arzt gewählt werden. Ausnahmsweise kann ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung^{*)} als Hausarzt gewählt werden; hierzu ist jedoch vor Behandlungsbeginn die Zustimmung des Versicherers einzuholen. Der Erstattungsprozentsatz von 100 % gilt auch für Behandlungen durch andere als die oben genannten Ärzte, wenn der Hausarzt die Notwendigkeit der Weiterbehandlung formlos bestätigt. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen. Bei Behandlungen durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelt.

*) Schwerpunktbezeichnungen sind bei
 - Kinderärzten z. B. Kinderkardiologie, Neonatologie
 - Internisten z. B. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Erfolgt die Behandlung durch andere als die oben genannten Ärzte, ohne dass der Hausarzt zur Weiterbehandlung an sie überwiesen hat, oder wird ein Internist ohne Zustimmung des Versicherers als Hausarzt gewählt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 80 % ersetzt.

Handelt es sich um eine psychotherapeutische Behandlung sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik oder um eine ambulante Heilbehandlung im Ausland, dann werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 80 % ersetzt;

- b) für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11 d) (Hilfsmittel) zu 80 %;
 c) für ambulante Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.11 f) (ambulante Transporte) zu 100 %;
 d) für stationäre Heilbehandlung entsprechend der vereinbarten Tarifstufe gemäß Ziffer 1.122 bzw. 1.123 zu 100 %;
 e) für Zahnbehandlung und zahnprophylaktische Leistungen gemäß Ziffer 1.13 a) zu 100 %;
 f) für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung gemäß Ziffer 1.13 b) und c) im Kalenderjahr je versicherte Person
 - nach Tarifstufe 3 bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500,00 EUR bzw. nach Tarifstufe 2 bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000,00 EUR zu 60 %,
 - der über 2.500,00 EUR bzw. 5.000,00 EUR hinausgehende Teil zu 40 %.
 Die Verminderung des Erstattungsprozentsatzes auf 40 % gilt nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich unmittelbar auf einen Unfall zurückzuführen sind. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.000,00 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt;
 g) für Rücktransportkosten und Überführungskosten gemäß Ziffer 1.14 zu 100 %;
 h) für häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistung gemäß Ziffern 1.15 bis 1.17 zu 100 %.

1.22 Selbstbehalte

Nach Leistungsstufe A werden die tariflichen Leistungen ohne Selbstbehalt erbracht.

Nach den Leistungsstufen C, D, E und F wird von den tariflichen Leistungen ein Jahresselbstbehalt abgezogen. Er beträgt je versicherte Person und Kalenderjahr maximal

- nach Tarifstufe 2
 Leistungsstufe C 360,00 EUR,
 Leistungsstufe D 720,00 EUR,
 Leistungsstufe E 1.440,00 EUR,
 Leistungsstufe F 2.880,00 EUR und
 - nach Tarifstufe 3
 Leistungsstufe C 400,00 EUR,
 Leistungsstufe D 800,00 EUR,
 Leistungsstufe E 1.600,00 EUR,
 Leistungsstufe F 3.200,00 EUR.

Vom Ersten des Jahres an, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt, reduziert sich der Selbstbehalt der Stufen D, E und F um 50 %.

Nach der Leistungsstufe P wird von den tariflichen Leistungen eine 20%ige Selbstbeteiligung abgezogen; diese Selbstbeteiligung wird je versicherte Person und Kalenderjahr
 - nach Tarifstufe 2 auf 200,00 EUR und
 - nach Tarifstufe 3 auf 180,00 EUR begrenzt.

Unabhängig vom Beginn der Versicherung ist der Jahresselbstbehalt in der für das gesamte Kalenderjahr geltenden Höhe zu tragen.

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.

2.8 Optionsrechte

2.81 Option auf niedrigere Selbstbehalte und höhere Krankenhausleistungen

Hat die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung nach diesem Tarif das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, hat der Versicherungsnehmer nach Ablauf des fünften Jahres - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - zum 01.01. des folgenden Kalenderjahres (Umstufungszeitpunkt) folgende Option innerhalb des Tarifs VCH:

- a) Der Versicherungsschutz kann innerhalb der bestehenden Tarifstufe auf eine Leistungsstufe mit einem niedrigeren Selbstbehalt einschließlich Leistungsstufe A umgestuft werden.
 b) Besteht die Tarifstufe 3, kann auf die Tarifstufe 2 umgestuft werden.

Diese Optionen können einzeln oder zusammen wahrgenommen werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Umstufung spätestens zwei Monate vor dem Umstufungszeitpunkt beantragt wird.

Nimmt der Versicherungsnehmer dieses Optionsrecht nicht wahr, so kann er nach Ablauf des zehnten Jahres seit Versicherungsbeginn eine entsprechende Umstufung beantragen; allerdings dann mit erneuter Risikoprüfung. Der Versicherer wird einen solchen Antrag mit einem Beitragszuschlag von maximal 50 % des Mehrbeitrages annehmen, wenn dieser Antrag spätestens zwei Monate vor dem zweiten Umstufungszeitpunkt gestellt wird.

Die höheren Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle vom jeweiligen Umstufungszeitpunkt an gezahlt. Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Altersrückstellung.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstufung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

2.82 Option auf Krankentagegeld nach beendetem Studium

Studenten haben das Recht, nach Beendigung des Studiums 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 130 % des zu dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen, wenn die Hinzunahme der Krankentagegeldversicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit beantragt wird und zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.

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

Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis auch auf den Beitrag des neu hinzukommenden Tarifs erhoben.

2.83 Option auf Ausweitung des Versicherungsschutzes bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten

Der Versicherte hat das Recht, für die Dauer eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in Verbindung mit dem Tarif VCH den Tarif WS zu vereinbaren. Dies gilt jedoch nicht bei Auslandsaufenthalten, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Risikoprüfung annehmen, wenn der Tarif WS vor Beginn des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes beantragt und abgeschlossen wird.

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

4.1 Der Versicherungsschutz

4.11 Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhaus-

leistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung der Tarif WS für die Dauer des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes vereinbart wird.

- Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt.

4.18 Zu § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind nicht erstattungsfähig.

4.19 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).

4.2 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 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.

4.23 Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten

Neben dem Tarif VCH, Tarifstufe 3 darf für eine versicherte Person als Krankheitskostenversicherung lediglich der Tarif WS bzw. ein Kurtarif der Barmenia abgeschlossen werden.

Neben dem Tarif VCH, Tarifstufe 2 darf für eine versicherte Person als Krankheitskostenversicherung lediglich der Tarif VC1Z bzw. der Tarif VC1ZPlus bzw. der Tarif WS bzw. ein Kurtarif der Barmenia abgeschlossen werden.

Eine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia oder einem anderen Versicherer darf 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 § 11 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 beste-

hen, 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 Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird hinter der Tarifbezeichnung VCH die vereinbarte Tarifstufe und die vereinbarte Leistungsstufe vermerkt.

Beispiele:

VCH 2 A = Tarif VCH, Tarifstufe 2, Leistungsstufe A

VCH 3 C = Tarif VCH, Tarifstufe 3, Leistungsstufe C