

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-FEEL*free*Member

Sehhilfen

- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 180 €

Hörgeräte

- 100% Kostenerstattung für Hörgeräte

Sonstige Hilfsmittel

- 100% Kostenerstattung für sonstige ärztlich verordnete Hilfsmittel

Heilmittel

- 100% Kostenerstattung für ärztlich verordnete Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis

Arznei- und Verbandmittel

- 100% Kostenerstattung für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel

Heilpraktiker

- 100% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlungen

Zahnbehandlungen

- 100% Kostenerstattung für Kunststofffüllungen
- 100% Kostenerstattung für Inlays
- 100% Kostenerstattung für Wurzel- und Parodontosebehandlungen

Zahnersatz

- 100% Kostenerstattung für Zahnersatz

Zahnprophylaxe

- 100% Kostenerstattung für Zahn-Prophylaxe bis 60 €

Höchsterstattungsbetrag je nach gewählter Tarifstufe

- Je Person und Kalenderjahr gilt ein Höchstleistungsbetrag von insgesamt
300 € in Tarifstufe I
600 € in Tarifstufe II

Der Höchstleistungsbetrag gilt insgesamt für alle unter II. aufgeführten Leistungen.

Tarif bKV-FEEL*free*Member Krankenzusatzversicherung Fassung August 2020

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle Personen aufgenommen werden, die gesetzlich oder privat krankenversichert sind, sofern sie nach einem Gruppenversicherungsvertrag mit dem Versicherer versicherbar sind.

II. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen bis zur Höhe von insgesamt 180 € pro Person und Kalenderjahr. Dies sind Kontaktlinsen und Brillen sowie Sonnenbrillen und Bildschirmarbeitsbrillen - jeweils mit Dioptrien.

2. Hörgeräte

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Neuanschaffung oder den Ersatz eines Hörgerätes.

Otoplastik, Reparaturkosten und sonstige Betriebskosten (z.B. Batterien) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

3. Sonstige Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrräder, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte),
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens sind (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

4. Heilmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende ärztlich verordnete Heilmittel:

- Krankengymnastik/Bewegungsübungen,
- Heilgymnastik,
- Massagen,
- Packungen/Hydrotherapie/Bäder,
- Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Elektrotherapie,
- Lichttherapie,
- Bestrahlungen,
- Logopädie,
- Beschäftigungstherapie (Ergotherapie),
- physiotherapeutische Palliativversorgung,
- Ernährungstherapie.

5. Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

6. Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die ambulanten Heilbehandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 2009).

Hierzu gehören:

Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich der dort genannten Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie vom Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel.

7. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- Kunststofffüllungen,
- Inlays (Metall/Keramik/Kunststoff) und
- Wurzel- und Parodontosebehandlungen.

Erstattungsfähig sind die ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOÄ/GOZ) sowie für angemessene zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

8. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten Prothesen, Kronen, Brücken, Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens) sowie Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen sowie Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind die ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOÄ/GOZ) sowie für angemessene zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

9. Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind die ambulanten Aufwendungen für eine professionelle Zahnreinigung gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zur Höhe von insgesamt 60 € pro Person und Kalenderjahr.

10. Erstattet werden

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrages. Der Höchstleistungsbetrag gilt insgesamt für alle unter II. aufgeführten Leistungen.

III. Höchstleistungsbetrag

Je nach gewählter Tarifstufe gelten pro Person und Kalenderjahr folgende Höchstleistungsbeträge:

- 300 € in Tarifstufe I,
- 600 € in Tarifstufe II.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, dann vermindert sich für dieses Kalenderjahr der vorgesehene Höchstleistungsbetrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen

Fassung März 2021

Diese Zusatzbedingungen ergänzen oder ändern für Versicherungsverhältnisse im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung.

§ 1 Versicherungsfähigkeit, Versicherungsnehmer, versicherte Personen

(1) Versicherungsfähig sind alle Personen, die nach dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind und die sonstigen Tarif- und Aufnahmevoraussetzungen erfüllen.

(2) Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze als der Vertragspartner des Versicherers.

(3) Hauptversicherte sind die nach den Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmten Personen, soweit sie dem Versicherer gemeldet sind.

(4) Sofern und soweit die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer die ihr zustehenden Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen hat, und diese vom Hauptversicherten übernommen wurden, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.

§ 2 Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag ist vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der Formvorgaben des Versicherers zu erklären (Anmeldung); die gestellten Fragen sind vollständig zu beantworten.

(2) Der Versicherer verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.

(3) Das Versicherungsverhältnis beginnt zum 1. des Monats, in dem der Hauptversicherte in das Unternehmen des Versicherungsnehmers eintritt, jedoch nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenvertrages.

Geht die Anmeldung erst im übernächsten Kalendermonat (oder später) nach dem Tag des Eintritts in das Unternehmen dem Versicherer zu, gilt abweichend von Satz 1 als frühester Beginn des Versicherungsverhältnisses der 1. des Monats, in dem die Anmeldung dem Versicherer zugeht.

(4) Versicherungsschutz besteht ab Beginn des Versicherungsverhältnisses. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eingetreten sind, wird ab Beginn des Versicherungsverhältnisses geleistet. Dies gilt nicht

- im Tarif bKV-K und bKV-KH für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angeratene oder bereits begonnene Krankenhausbehandlung
- im Tarif bKV-KT, bKV-KTI und bKV-KT3K für eine bereits vor Beginn des Versicherungsverhältnisses bestehende Arbeitsunfähigkeit.
- im Tarif bKV-KUR für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angeratene oder bereits begonnene Kurbehandlung.
- im Tarif bKV-AU für einen vor Beginn des Versicherungsverhältnisses bereits eingetretenen Arbeitsunfall.

(5) Der Versicherer stellt – sofern vereinbart – für jeden Hauptversicherten einen Versicherungsschein als Versicherungsbestätigung aus.

(6) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung (siehe Abs. 5), späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, diesen Zusatzbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(7) Die Leistungseinschränkung für Verwandtenbehandlungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 5 Abs. 1 g) gilt in vollem Umfang; § 5 Teil II Nr. 4 gilt nicht.

§ 3 Wartezeiten

Es entfallen die in Teil I und Teil II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung genannten allgemeinen und besonderen Wartezeiten ersatzlos, soweit die jeweiligen Tarife nichts Gegenteiliges vorsehen.

§ 4 Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet ferner hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen über die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gründe hinaus mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.

§ 5 Weiterversicherung in der Einzelversicherung

(1) Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben sie das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind – nach den gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer beantragt wird. Ausgenommen von der Weiterversicherung nach Satz 1 sind Personen, bei denen das Versicherungsverhältnis außerordentlich wegen Obliegenheitsverletzungen oder aus wichtigem Grund beendet wurde.

(2) Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt oder endet der Gruppenversicherungsvertrag wegen Unterschreitens der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Mindestpersonenzahl, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung oder Beendigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform

informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

(3)

a) Bei der Weiterversicherung gelten außer bei den Tarifen ZbKV-K, ZbKV-KH und ZbKV-A-K die in Teil I und II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung genannten allgemeinen und besonderen Wartezeiten, soweit die jeweiligen Tarife nichts Gegenteiliges vorsehen. Sehen die jeweiligen Tarife Fristen vor (beispielsweise zeitlich gestaffelte Rechnungshöchstbeträge) gelten diese ebenfalls. Die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, wird auf etwaige Wartezeiten oder Fristen angerechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten.

b) Bei einer Weiterversicherung in den ZbKV- oder ZbKVA-Tarifen sind Leistungen für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eingetreten sind, wie folgt ausgeschlossen

- im Tarif ZbKV-K, ZbKVA-K und ZbKV-KH für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angetratene oder bereits begonnene Krankenhausbehandlung,
- im Tarif ZbKV-KUR für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angetratene oder bereits begonnene Kurbehandlung,
- im Tarif ZbKV-ZB und ZbKV-ZBP für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses geplante oder bereits begonnene Zahnbehandlung,
- im Tarif ZbKV-ZE und ZbKV-ZEP für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses geplante oder bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme sowie bei Beginn des Versicherungsverhältnisses fehlende und noch nicht ersetzte Zähne.

Unter Beginn des Versicherungsverhältnisses ist jeweils der Beginn des Versicherungsverhältnisses in den bKV-Tarifen zu verstehen.

c) Bei einer Weiterversicherung außerhalb der ZbKV- und ZbKVA-Tarife wird rückwirkend zum Beginn des Versicherungsverhältnisses in den bKV-

Tarifen eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist findet zudem eine Gesundheitsprüfung zum Zeitpunkt der Weiterversicherung statt. Aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsprüfung kann ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

§ 6 Wechsel innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages

Bei einem Wechsel innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages gelten die in § 5 Abs. 3 genannten Regelungen für eine Weiterversicherung entsprechend.

§ 7 Mindestvertragslaufzeit

Auf die Mindestvertragslaufzeit nach § 13 Teil II Nr. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung wird verzichtet.

§ 8 Beitragszahlung

Der Versicherungsnehmer entrichtet die Beiträge.

§ 9 Beitragsanpassung und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diese Tarife die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen können alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Bei einer Beitragsanpassung ist der Versicherer auch berechtigt, betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge so anzupassen, dass der Wert des Versicherungsschutzes erhalten bleibt. Von einer Beitragsanpassung kann

abgesehen werden, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(2) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen vom Versicherer angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen.

(3) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie durch eine neue Regelung ersetzt werden, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(4) Änderungen teilt der Versicherer jeweils in Textform mit. Änderungen nach Abs. 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Änderungsmitteilung mit den dafür maßgeblichen Gründen folgt. Änderungen nach Abs. 3 werden 2 Wochen nach Mitteilung der neuen Regelung und den hierfür maßgeblichen Gründen Vertragsbestandteil.

§ 10 Obliegenheiten

Es wird auf die Obliegenheit nach § 9 Abs. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung verzichtet.