

Tarif bKV-FEELfree:up Krankenzusatzversicherung

Fassung Juni 2022

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-FEELfree:up

100% Kostenerstattung für

- Sehhilfen bis 180 €
- brechkraftverändernde Augenoperationen
- Hörgeräte
- sonstige Hilfsmittel
- Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- kinesiologisches Taping bis 100 €
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilpraktiker
- nichtärztliche Osteopathen
- nichtärztliche Chiropraktiker

100% Kostenerstattung für

- Zahnbehandlungen (Kunststofffüllungen, Inlays, Wurzel- und Parodontosebehandlungen)
- Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate und Prothesen)
- Zahn-Prophylaxe sowie Zahnaufhellung (Bleaching) bis 100 €

Grundbudget

- je Person und Kalenderjahr gilt ein Grundbudget von insgesamt
 - 300 € in Tarilstufe bKV-FEELfree:up 300
 - 600 € in Tarilstufe bKV-FEELfree:up 600
 - 900 € in Tarilstufe bKV-FEELfree:up 900
 - 1.200 € in Tarilstufe bKV-FEELfree:up 1200
 - 1.500 € in Tarilstufe bKV-FEELfree:up 1500
- Das Grundbudget gilt insgesamt für alle unter II. aufgeführten Leistungen.
- Erhöhung des Grundbudgets nach III.2.
- Verdoppelung des Grundbudgets nach III.3.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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. Die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe werden im Anhang erklärt.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, solange sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Die Versicherung endet mit dem Tag, an dem die versicherte Person aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheidet.

II. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Erstattungsfähig bis zur Höhe von zusammen insgesamt 180 € pro Person und Kalenderjahr sind die nachfolgend genannten Aufwendungen für Sehhilfen: Kontaktlinsen, Brillen sowie Sonnenbrillen und Bildschirmarbeitsbrillen – jeweils mit Dioptrien.

2. Brechkraftverändernde Augenoperationen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Augenoperationen zur Brechkraftveränderung (z.B. Lasik).

3. 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.

4. Sonstige Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräte)

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

- Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte),
- 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).

5. 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
- Ergotherapie
- physiotherapeutische Palliativversorgung
- Ernährungstherapie

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für folgendes ärztlich verordnetes kinesiologisches Taping von bis zusammen insgesamt 100 € pro Person und Kalenderjahr:

- K-Active-Taping
- Kinesio-Taping
- Kinematic-Taping
- Chiro-Taping
- Pino-Taping
- Medi-Taping
- K-Taping

6. Arznei- und Verbandmittel

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

Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer (außer sie sind zur Behandlung einer Grunderkrankung wie Akne medizinisch notwendig), Geriatrika, Nähr- und Stärkungsmittel (mit Ausnahme der in § 4 Teil II Abs. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen medikamentenähnlichen Nährmittel), Haarwuchsmittel, Abmagerungspräparate, Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging-Maßnahmen, potenzfördernde und kosmetische Mittel, Desinfektionsmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und Ähnliches, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

7. Heilpraktiker, Osteopathen, Chiropraktiker

Erstattungsfähig sind ambulante Heilbehandlungen durch

- nichtärztliche Osteopathen,
- nichtärztliche Chiropraktiker sowie
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 2009).

Versicherungsschutz besteht hier für alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich der dort genannten Heilmittel und Wegegebühren.

Erstattet werden diese Leistungen bis zum jeweiligen im GebüH aufgeführten Höchstbetrag – bei Osteopathen und Chiropraktiker darüber hinaus.

8. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- Kunststofffüllungen
- Inlays (Metall/Keramik/Kunststoff)
- 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).

9. 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).

10. Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig bis zur Höhe von zusammen insgesamt 100 € pro Person und Kalenderjahr sind die ambulanten Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung und Zahnaufhellung (Bleaching) beim Zahnarzt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

III. Grundbudget

1. Erstattung

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten ➤Grundbudgets. Das Grundbudget gilt insgesamt für alle unter II. aufgeführten Leistungen.

Je nach gewählter Tarifstufe gilt pro Person und Kalenderjahr folgendes Grundbudget:

- 300 € in Tarifstufe bKV-FEELfree:up 300
- 600 € in Tarifstufe bKV-FEELfree:up 600
- 900 € in Tarifstufe bKV-FEELfree:up 900
- 1.200 € in Tarifstufe bKV-FEELfree:up 1200
- 1.500 € in Tarifstufe bKV-FEELfree:up 1500

2. Veränderung des Grundbudgets

Das ➤Grundbudget wird unter den Voraussetzungen des Abschnitts 2.1 kalenderjährlich erhöht. Dieses ➤erhöhte Grundbudget wird unter den Voraussetzungen des Abschnitts 2.2 wieder zurückgestuft.

2.1 Erhöhung des Grundbudgets

Das ➤Grundbudget einer versicherten Person erhöht sich kalenderjährlich um jeweils 50 €, wenn nachfolgende Voraussetzungen erfüllt sind, solange bis es um maximal 200 € angewachsen ist:

- Das Grundbudget der versicherten Person muss im vorherigen Kalenderjahr vollständig ausgeschöpft worden sein. Kam es im vorherigen Kalenderjahr zu einer Erhöhung, muss dieses ➤erhöhte Grundbudget vollständig ausgeschöpft sein.
- Maßgeblich sind dabei alle Erstattungen aus diesem Tarif für Behandlungen, die im vorherigen Kalenderjahr stattgefunden haben, soweit die Rechnungen dem Versicherer spätestens zwei Wochen nach dessen Ablauf zugegangen sind.

Hinweis: Erfolgt der Zugang der Rechnung beim Versicherer später, so wird die Rechnung erstattet, jedoch kann diese nicht für die Erhöhung des Grundbudgets berücksichtigt werden.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und der Anzahl der unmittelbar aufeinanderfolgenden Kalenderjahre, in denen das Grundbudget ausgeschöpft wurde, ergibt sich jeweils ab dem 1. Januar das nachfolgend genannte erhöhte Grundbudget:

ausgeschöpfte Kalenderjahre	300	600	900	1200	1500
1	350 €	650 €	950 €	1.250 €	1.550 €
2	400 €	700 €	1.000 €	1.300 €	1.600 €
3	450 €	750 €	1.050 €	1.350 €	1.650 €
ab 4.	500 €	800 €	1.100 €	1.400 €	1.700 €

Das erhöhte Grundbudget kann für alle unter II. aufgeführten Leistungen eingesetzt werden.

2.2 Zurückstufung auf das Grundbudget

Wird das ➤erhöhte Grundbudget in einem Kalenderjahr nicht vollständig ausgeschöpft, wird die betroffene versicherte Person im darauffolgenden Kalenderjahr auf das ➤Grundbudget zurückgestuft.

3. Verdoppelung des Grundbudgets bei Arbeitsunfall

Der Versicherer verdoppelt das ➤Grundbudget für das laufende Kalenderjahr und das Folgejahr im Falle eines Arbeitsunfalls, der stationär behandelt werden muss.

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die von der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der jeweils zuständigen Berufsgenossenschaft als solche anerkannt werden.

Maßgeblich für die Bestimmung des laufenden Kalenderjahres ist dabei der ➤Tag der Anerkennung des Arbeitsunfalles durch die zuständige gesetzliche Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft.

Je nach vereinbarter Tarifstufe, gelten für die versicherte Person im Kalenderjahr der Anerkennung des Arbeitsunfalls nachfolgend genannte verdoppelte Grundbudgets:

Kalenderjahre	300	600	900	1200	1500
laufendes Jahr der Anerkennung	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €	3.000 €
Folgejahr	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €	3.000 €
ab 3. Jahr	300 €	600 €	900 €	1.200 €	1.500 €

Das verdoppelte Grundbudget kann für alle unter II. aufgeführten Leistungen eingesetzt werden.

Eine ➤Erhöhung des Grundbudgets (siehe III.2.1) ➤pausiert während der Zeit der Verdoppelung. Im direkten Anschluss an den Verdoppelungszeitraum beginnt das erhöhte Grundbudget, das unmittelbar vor der Verdoppelung gültig war, wieder neu; frühere Erstattungen hierauf bleiben unberücksichtigt.

Bei einem weiteren Arbeitsunfall besteht ein erneuter Anspruch auf die Verdopplung des Grundbudgets nur dann, wenn der Tag der Anerkennung des weiteren Arbeitsunfalles in die Zeit nach dem Ende des vorherigen Verdoppelungszeitraums fällt.

4. Unterjähriger Beginn und unterjähriges Ende der Versicherung

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres oder endet sie vor dem 31. Dezember eines Kalenderjahres, dann wird dessen ungeachtet aus dem für dieses Kalenderjahr geltenden ggf. erhöhten oder verdoppelten ➤Grundbudget geleistet.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Grundbudget

Das Grundbudget der vereinbarten Tarifstufe:

Grundbudget	Tarifstufe
300 €	bKV-FEELfree:up 300
600 €	bKV-FEELfree:up 600
900 €	bKV-FEELfree:up 900
1.200 €	bKV-FEELfree:up 1200
1.500 €	bKV-FEELfree:up 1500

Erhöhtes Grundbudget

Gesteigertes Grundbudget durch Komplettaus-schöpfung des im Vorjahr zur Verfügung stehenden ➤Grundbudgets. Wird das erhöhte Grundbudget im nächsten Kalenderjahr ausgeschöpft, kommt es zu einer weiteren Erhöhung. Die Erhöhung kann maxi-mal 200 € betragen.

Tag der Anerkennung durch die gesetzliche Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaft beim verdoppelten Grundbudget

Entscheidend ist nicht der Tag, an dem der Arbeits-unfall stattfand, sondern der Tag, an dem die ge-setzliche Unfallversicherung bzw. die Berufsgenos-senschaft ihre Entscheidung über die Anerkennung als Arbeitsunfall trifft (z.B. Datum des Anerken-nungsbescheides).

Beispiel:

Die versicherte Person befindet sich im Kalender-jahr 2022 in Tarifstufe bKV-FEELfree:up 600 und er-leidet am 15.10.2022 einen Arbeitsunfall. Die Bestä-tigung der zuständigen Berufsgenossenschaft er-folgt mit Bescheid vom 15.02.2023 und wird von der versicherten Person bei uns eingereicht. Für die ver-sicherte Person kommt es erst in den Kalenderjah-ren 2023 und 2024 zu einer Verdoppelung, obwohl der Arbeitsunfall bereits im Jahre 2022 stattgefunden hat.

Pausieren des erhöhten Grundbudgets

Während der Zeit der Verdopplung des Grundbud-gets ruht das ➤erhöhte Grundbudget. Es lebt aber nach dem Verdoppelungszeitraum wieder auf.

Beispiel:

Die versicherte Person befindet sich im Jahr 2022 in Tarifstufe bKV-FEELfree:up 300 mit einem erhöhten Grundbudget von 400 €. Im März 2022 wurden Rechnungen in Höhe von 200 € erstattet.

Die versicherte Person erleidet in diesem Jahr einen Arbeitsunfall, der stationär behandelt werden muss. Der Arbeitsunfall wird durch die zuständige Berufs-genossenschaft im Mai 2022 anerkannt, sodass für die versicherte Person das Grundbudget aus Tarif-stufe bKV-FEELfree:up 300 für die Zeit vom 01.01.2022 bis 31.12.2023 auf 600 € verdoppelt wird.

Das erreichte erhöhte Grundbudget von 400 € wird währenddessen gespeichert, sodass der versicher-ten Person ab dem 01.01.2024 für das gesamte Ka-lenderjahr wieder 400 € in voller Höhe zur Verfü-gung stehen, ohne dass die seinerzeit im März 2022 erstatteten 200 € darauf angerechnet werden.