

Tarifbedingungen, Teil II für den Tarif TeamUpgrade Smile

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung (AVB/BKV).

A. Allgemeine vertragliche Bestimmungen

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben oder bei einer deutschen privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind, sofern hierdurch die Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 (3) VVG erfüllt ist (Grundversicherung).

Voraussetzung zur Versicherung nach diesem Tarif ist darüber hinaus, dass die versicherte Person über einen Kollektivvertrag zur obligatorischen betrieblichen Krankenversicherung über ihren Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) versichert ist.

Entfällt eine der genannten Voraussetzungen, endet zum Zeitpunkt des Entfalls auch die Versicherung nach diesem Tarif.

§ 2 Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB/BKV entfallen sämtliche Wartezeiten.

§ 3 Beitragsberechnung

Die Beiträge dieses Tarifs sind uniage-Beiträge, d.h. die Beitragshöhe gilt unabhängig vom erreichten Lebensalter bzw. unabhängig vom Alter bei Beginn der Versicherung. Für alle nach derselben Tarifstufe versicherten Personen ist der gleiche Beitrag zu bezahlen.

B. Allgemeine Grundsätze zur Leistungserstattung

§ 4 Jährliche Deckelung (Budget) der maximalen Versicherungsleistung

Erstattet werden die erstattungsfähigen Aufwendungen und das Krankenhaustagegeld nach Buchstabe C bis zu einer für ein Versicherungsjahr festgelegten Obergrenze (Budget).

Das Budget beträgt für jedes Versicherungsjahr

- 300 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile300)
- 600 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile600)
- 900 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile900)
- 1200 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile1200)
- 1500 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile1500)

Dabei gilt: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen jeweils dem Kalenderjahr (vgl. § 13 (1) AVB/BKV).

Entstehen in einem Versicherungsjahr über das genannte Budget hinaus erstattungsfähige Aufwendungen, so werden diese nicht erstattet. Für den Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen sind die Bestimmungen aus § 4 (1) AVB/BKV maßgebend.

Wird in einem Versicherungsjahr das Budget nicht erreicht, d.h. entstehen für ein Kalenderjahr weniger erstattungsfähige Aufwendungen als das zur jeweiligen Tarifstufe zugehörige Budget, erhöht sich für die Folgejahre das Budget nicht.

§ 5 Vorleistung der Grundversicherung

Gemäß diesem Tarif werden nur solche Aufwendungen erstattet, die nach eventueller Vorleistung der Grundversicherung (vgl. § 1) verbleiben, d.h. die Grundversicherung ist zunächst in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte hat zur Feststellung seiner Leistungspflicht das Recht, über die Inanspruchnahme der Grundversicherung einen Nachweis anzufordern. Der Versicherer erbringt seine tariflichen Leistungen auch dann in voller Höhe, wenn aus dem Nachweis hervorgeht, dass die Grundversicherung keine Leistung erbracht hat.

C. Erstattungsfähige Aufwendungen

§ 6 Anerkannte Gebühren bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sowie bei Behandlungen durch Heilpraktiker

Bei in Deutschland erbrachten und gemäß § 7 versicherten ärztlichen bzw. gemäß § 9 versicherten zahnärztlichen Leistungen sind Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Für Gebühren oberhalb der Höchstsätze der GOÄ bzw. GOZ besteht insoweit keine Leistungspflicht des Versicherers. Bei Behandlung durch Heilpraktiker sind Aufwendungen bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

§ 7 Ambulante Heilbehandlung

a) Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, unter Beachtung von § 4 (3) AVB/BKV. Hierzu gehören bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres auch solche Arzneimittel, die Frauen nur deshalb einnehmen, um eine Schwangerschaft zu verhüten.

Als erstattungsfähige Arzneimittel gelten insbesondere nicht: Nahrungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Multivitaminpräparate, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenz- und Libidosteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduktion, gegen Haarausfall bzw. Haarwuchsmittel sowie Anti-Aging-Produkte.



b) Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel, unter Beachtung von § 4 (3) AVB/BKV. Als Heilmittel gelten alle in der Anlage der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführten Therapieformen, sofern sie von einem der in § 4 (2) Buchstaben b bis d AVB/BKV genannten Leistungserbringern durchgeführt werden. Unter denselben Voraussetzungen gelten auch Geburtsvorbereitungskurse für Frauen, Rückbildungsgymnastik, Schwangerschaftsgymnastik, chirotherapeutische sowie osteopathische Behandlungen als erstattungsfähiges Heilmittel. Gleiches gilt für Anwendungen des Kinesiotapings. Sofern ein Heilmittel in der Anlage der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt ist, sind Gebühren bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

c) Hilfsmittel außer Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel, unter Beachtung von § 4 (3) AVB(BKV). Als Hilfsmittel gelten technische Mittel oder Körperersatzstücke (nicht Zahnersatz), die eine körperliche Beeinträchtigung oder Behinderung unmittelbar mildern oder ausgleichen, zur Diagnose oder im Falle einer Heilbehandlung zur Therapie erforderlich sind und/oder das Leben erhalten. Als Hilfsmittel gelten auch Anschaffungs- und Ausbildungskosten eines Blindenführhundes. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für die Wartung, Anpassung, Reparatur und Unterweisung im Gebrauch eines Hilfsmittels.

Nicht erstattungsfähig sind Unterhalts- und Betriebskosten von Hilfsmitteln, wie z.B. Batterien von Hörgeräten, Kosten des elektrischen Stroms zur Inbetriebnahme eines Hilfsmittels, Pflege- oder Reinigungskosten.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- für die ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen (SPV) oder privaten (PPV) Pflegepflichtversicherung besteht oder
- die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind
- die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens für gesunde Menschen dienen, auch wenn sie kranken- bzw. behindertengerecht modifiziert wurden.

d) Zuzahlungen für Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der deutschen GKV

Erstattungsfähig sind Zuzahlungen, die Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der deutschen GKV gemäß § 61 SGB V für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu leisten haben.

e) Sehhilfen und brechkraftverändernde Augenoperationen

(I) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen, unter Beachtung von § 4 (3) AVB(BKV). Zu den Sehhilfen zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Nicht erstattungsfähig sind u.a. Sonnenbrillen ohne Sehstärke sowie Reinigungsmittel für Sehhilfen. Erstattungsfähig sind auch die Reparatur von Sehhilfen sowie eventuell gesondert berechnete Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung.

(II) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen bei brechkraftverändernden Augenoperationen (z.B. LASIK) einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen.

Begrenzung der Erstattung (Sub-Budget): Die Erstattung von Aufwendungen gemäß (I) und (II) ist pro Versicherungsjahr begrenzt auf

- 200 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile300)
- 250 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile600)
- 300 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile900)
- 350 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile1200)
- 400 EUR in Tarifstufe (TeamUpgrade Smile1500)

f) Naturheilverfahren (Alternativmedizin)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen oder Leistungen eines Heilpraktikers, soweit es sich um Naturheilverfahren handelt, die im Hufelandverzeichnis aufgelistet sind. § 4 (5) AVB/(BKV) findet insoweit keine Anwendung.

Dies umfasst bei von Heilpraktikern erbrachten Leistungen insbesondere alle Leistungen, die gemäß des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker berechnet werden können, mit Ausnahme von ambulanter Psychotherapie.

§ 8 Stationäre Heilbehandlung

Krankenhaustagegeld

Bei akutstationärer Behandlung – also nicht bei Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung – wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 € für jeden vollen Kalendertag geleistet, maximal jedoch für 28 Tage pro Versicherungsjahr. Aufnahme- und Entlassungstag werden dabei jeweils als ein Tag gewertet.

§ 9 Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnprophylaxe

(insbesondere professionelle Zahnreinigung)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B der GOZ.

b) Zahnbehandlung, Zahnersatz und unfallbedingte Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen zu Zahnbehandlung und Zahnersatz. Hierzu gehören u.a. auch implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, sofern diese nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig werden sowie Veneers und keramische Verblendungen von metallischem Zahnersatz bis Zahn 8.

Darüber hinaus sind Aufwendungen für Kieferorthopädie erstattungsfähig, sofern die kieferorthopädische Behandlung unfallbedingt notwendig wird. Erstattungsfähig sind dann auch Aufwendungen für zugehörige funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie zur kieferorthopädischen Maßnahme zugehörige Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, soweit diese nach den Bestimmungen der GOZ berechnet werden.

c) Besondere Maßnahmen zur Schmerz- oder Angstaus-schaltung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besondere zahnärztliche Maßnahmen zur Schmerz- oder Angstaus-schaltung wie Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung und Vollnarkose, wenn sie im direkten Zusammenhang mit den unter a) und b) beschriebenen Leistungen erbracht werden.

d) Zahnaufhellung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnaufhellung (Bleaching) unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit.



Begrenzung der Erstattung (Sub-Budget): Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnaufhellung (Bleaching) ist pro Versicherungsjahr begrenzt auf

200 EUR in Tarifstufe TeamUpgrade Smile300
250 EUR in Tarifstufe TeamUpgrade Smile600
300 EUR in Tarifstufe TeamUpgrade Smile900
350 EUR in Tarifstufe TeamUpgrade Smile1200
400 EUR in Tarifstufe TeamUpgrade Smile1500

§ 10 Sonstige Leistungen

Präventionskurse

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung, soweit diese Maßnahmen den Bestimmungen des § 20 SGB V entsprechen.

