

Tarif TeamUpgrade Complete

(Tarife TUC300, TUC600, TUC900, TUC1200, TUC1500)

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif TeamUpgrade Complete, Teil 2; (Teil 1: AVB/BKV)

A.	Allgemeine vertragliche Bestimmungen	2
A.1	Versicherungsfähigkeit	2
A.2	Wartezeiten	2
A.3	Angeratene und bereits begonnene Versicherungsfälle	2
A.4	Beitragsberechnung	2
A.5	Fortsetzungsrecht.....	2
A.6	Beitragsfreistellung.....	2
B.	Allgemeine Grundsätze zur Leistungserstattung	3
B.1	Jährliche Deckelung (Budget) der maximalen Versicherungsleistung	3
B.2	Vorleistung weiterer Leistungsträger.....	3
C.	Erstattungsfähige Aufwendungen.....	3
C.1	Honorargrenzen.....	3
C.2	Ambulante Heilbehandlung	3
C.2.1	Arznei- und Verbandmittel.....	3
C.2.2	Heilmittel	4
C.2.3	Hilfsmittel (ohne Hörgeräte und Sehhilfen)	4
C.2.4	Hörgeräte	5
C.2.5	Sehhilfen.....	5
C.2.6	Operation zur Sehschärfenkorrektur.....	5
C.2.7	Zuzahlungen für Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der deutschen GKV.....	5
C.2.8	Naturheilverfahren (Alternativmedizin)	5
C.2.9	Vorsorgeuntersuchungen (auch Schwangerschaftsvorsorge).....	5
C.2.10	Schutzimpfungen.....	5
C.3	Zahnärztliche Behandlung	6
C.3.1	Zahnbehandlung und Zahnersatz.....	6
C.3.2	Kieferorthopädie	6
C.3.3	Zahnprophylaxe und zahnaufhellende Maßnahmen	6
C.3.4	Besondere Maßnahmen zur Schmerz- oder Angstausschaltung	6
C.4	Sonstige Leistungen	6
C.4.1	Präventionskurse	6
D.	Innovationsvorsorge	7

Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif TeamUpgrade Complete, Teil 2

(Tarife TUC300, TUC600, TUC900, TUC1200, TUC1500)

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

A. Allgemeine vertragliche Bestimmungen

A.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 Abs. 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. Nach Abschnitt A.5 besteht die Möglichkeit ein Fortsetzungsrecht in Anspruch zu nehmen.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif TeamUpgrade Complete existiert nicht.

A.2 Wartezeiten Abweichend von § 3 AVB/BKV entfallen sämtliche Wartezeiten.

A.3 Angeratene und bereits begonnene Versicherungsfälle Gemäß § 2 Abs. 1 AVB/BKV besteht Leistungspflicht auch für bei Vertragsbeginn bereits begonnene oder angeratene Versicherungsfälle. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

A.4 Beitragsberechnung 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.

Der Arbeitgeber übernimmt die Beitragszahlung des Tarifs zugunsten des Arbeitnehmers (versicherte Person), solange ein Anspruch auf die Teilnahme am Kollektivvertrag besteht.

A.5 Fortsetzungsrecht Wenn die Versicherung endet, weil der Kollektivvertrag gekündigt wird oder die versicherte Person aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheidet, kann die versicherte Person den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung (nach § 206 Abs. 4 und § 207 Abs. 2 VVG) fortsetzen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit wird auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung angerechnet.

A.6 Beitragsfreistellung Der Versicherungsnehmer erhält die Möglichkeit, eine versicherte Person für die Dauer

- a) einer Elternzeit gemäß § 15 Abs. 1 BEEG (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz)
- b) einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 42 Tagen
- c) einer beruflichen Auszeit („Sabbatical“)
- d) einer Pflegezeit im Sinne von § 3 Abs. 1 PflegeZG (Pflegezeitgesetz)

von der Beitragszahlung freistellen zu lassen. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person in dieser Zeit nicht erwerbstätig, gleichwohl aber weiter beim Versicherungsnehmer (Gruppenversicherungspartner) angestellt ist. Die Beitragsfreistellung beginnt zum 01. des Monats, der auf die Mitteilung der Beitragsfreistellung folgt. Der jeweilige Grund für die Beitragsfreistellung ist dem Versicherer gegenüber innerhalb von zwei Monaten nach der Mitteilung geeignet nachzuweisen.



Während der Dauer der Beitragsfreistellung besteht der Versicherungsschutz in den beitragsfreigestellten Tarifen unverändert fort.

Die Dauer der Beitragsfreistellung ist auf maximal 12 Monate begrenzt, auch wenn der Grund für die Beitragsfreistellung weiterhin gegeben ist.

B. Allgemeine Grundsätze zur Leistungserstattung

B.1 Jährliche Deckelung (Budget) der maximalen Versicherungsleistung

Erstattet werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einer für ein Versicherungsjahr festgelegten Obergrenze (Budget).

Das Budget beträgt für jedes Versicherungsjahr:

Tarifstufe	Budget
TUC300	300 EUR
TUC600	600 EUR
TUC900	900 EUR
TUC1200	1.200 EUR
TUC1500	1.500 EUR

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 Abs. 1 AVB/BKV).

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

Bei unterjährigem Versicherungsbeginn steht für das angebrochene Kalenderjahr die volle Budgethöhe zur Verfügung.

B.2 Vorleistung weiterer Leistungsträger

Der Betrag der tariflichen Leistungen vermindert sich um eine eventuelle Vorleistung der GKV oder PKV und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Zu beachten ist, dass der Rechnungsbetrag im Zusammenhang mit der Vorleistung besagter Leistungsträger höchstens zu 100 % erstattet werden kann.

Der Versicherer hat zur Feststellung seiner Leistungspflicht das Recht, über die Inanspruchnahme besagter Leistungsträger einen Nachweis anzufordern.

C. Erstattungsfähige Aufwendungen

C.1 Honorargrenzen

Bei den in Deutschland erbrachten und gemäß C.2 versicherten ärztlichen bzw. gemäß C.3 versicherten zahnärztlichen Leistungen sind Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker sind Aufwendungen bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

C.2

Ambulante Heilbehandlung

C.2.1 Arznei- und Verbandmittel

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

Ausgeschlossen sind Arzneimittel, die der individuellen Lebensführung dienen (z.B. Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenz- und Libido-steigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduktion, gegen Haar-ausfall bzw. Haarwuchsmittel sowie Anti-Aging-Produkte).

Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, (Multi)-Vitaminpräparate, Genussmittel, Mineralwässer sowie kosmetische Mittel.



Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Aufwendungen für Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) erstattungsfähig.

C.2.2 Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel, unter Beachtung von § 4 Abs. 3 AVB/BKV. Als Heilmittel gelten alle in der Anlage der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführten Therapieformen, sofern sie von einem der in § 4 Abs. 2 Buchstaben b bis d AVB/BKV genannten Leistungserbringern durchgeführt werden.

Zu den Heilmitteln zählen unter anderem:

- Ergotherapie
- Logopädie
- Podologie
- physikalische Behandlungen (z.B. Licht- und Wärmebehandlungen)
- medizinische Bäder
- Inhalationen
- Massagen
- Krankengymnastik

Unter denselben Voraussetzungen gelten auch Geburtsvorbereitungskurse für Frauen, Rückbildungsgymnastik und Schwangerschaftsgymnastik als erstattungsfähige Heilmittel. Chiropraktische sowie osteopathische Behandlungen sind ebenfalls erstattungsfähig. Gleiches gilt für Anwendungen des Kinesiotapings. Die in der Anlage der BBhV aufgeführten Heilmittel sind bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

C.2.3 Hilfsmittel (ohne Hörgeräte und Sehhilfen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel, unter Beachtung von § 4 Abs. 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.

Zu den Hilfsmitteln zählen unter anderem:

- orthopädische Einlagen und Schuhe
- Bandagen und Kompressionsstrümpfe
- Krankenfahrstühle
- Gehstützen und Rollatoren
- Körperersatzstücke wie Perücken oder Prothesen
- Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte

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 Kosten des elektrischen Stroms und Batterien zur Inbetriebnahme eines Hilfsmittels, Pflege- oder Reinigungskosten.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- für die ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen (SPV) oder privaten (PPV) Pflegepflichtversicherung besteht
- 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.

C.2.4 Hörgeräte

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Neuanschaffung oder den Ersatz eines Hörgerätes (inklusive Otoplastik), unter Beachtung von § 4 Abs. 3 AVB/BKV. Erstattungsfähig sind außerdem die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung des Hörgeräts sowie die Aufwendungen für die notwendige Unterweisung in den Gebrauch.

Nicht erstattungsfähig sind Unterhalts- und Betriebskosten eines Hörgerätes, wie z.B. Batterien.

C.2.5 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen, unter Beachtung von § 4 Abs. 3 AVB/BKV. Abweichend von § 4 Abs. 3 AVB/BKV sind Aufwendungen für Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, sofern zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde.

Zu den Sehhilfen zählen Brillen (Brillengläser und Brillengestelle) und Kontaktlinsen, einschließlich Bildschirmarbeitsplatzbrillen und Sonnenbrillen mit Sehstärke. Nicht erstattungsfähig sind Sonnenbrillen ohne Sehstärke sowie Reinigungsmittel für Sehhilfen.

Erstattungsfähig sind auch die Reparaturen von Sehhilfen abgesehen von Sonnenbrillen ohne Sehstärke sowie eventuell gesondert berechnete Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung.

Begrenzung der Erstattung (Sub-Budget): Die Erstattung von Aufwendungen, für die in C.2.5 aufgeführten Leistungen ist pro Versicherungsjahr begrenzt auf:

Tarifstufe	Sub-Budget
TUC300	180 EUR
TUC600	200 EUR
TUC900	220 EUR
TUC1200	240 EUR
TUC1500	260 EUR

C.2.6 Operation zur Sehschärfenkorrektur

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

C.2.7 Zuzahlungen für Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der deutschen GKV

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

C.2.8 Naturheilverfahren (Alternativmedizin)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für von Ärzten oder Heilpraktikern erbrachte Leistungen, soweit es sich um Naturheilverfahren handelt, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgelistet sind. § 4 Abs. 5 AVB/BKV findet insoweit keine Anwendung.
- für von Heilpraktikern erbrachte Leistungen, insbesondere alle Leistungen, die gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet werden können, mit Ausnahme von ambulanter Psychotherapie.

C.2.9 Vorsorgeuntersuchungen (auch Schwangerschaftsvorsorge)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen). Darüber hinaus sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen zur Vorsorge während der Schwangerschaft erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind jedoch solche Vorsorgeuntersuchungen, die auf gendiagnostischen Verfahren beruhen.

C.2.10 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen (ärztliche Leistungen und Impfstoff), die von der ständigen Impfkommision des Robert Koch-Instituts (STIKO) empfohlen sind. Dies gilt auch für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Malariaphylaxe sowie reisemedizinische Beratun-



gen durch Ärzte. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, zu deren Übernahme der Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet ist.

C.3

Zahnärztliche Behandlung

C.3.1 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen zu Zahnbehandlung und Zahnersatz. Hierzu gehören u.a.:

- Wurzel- und Parodontosebehandlungen
- hochwertige Füllungen (Komposit-/ Kunststoffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen)
- Fissurenversiegelung
- prothetische Leistungen (einschl. Brücken, Kronen und Inlays)
- implantologische Leistungen (z.B. Implantate einschl. Knochenaufbau)
- Veneers und keramische Verblendungen bis Zahn 8
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen, DROS-Schienen)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (Gnathologie), sofern diese nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig werden

C.3.2 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, die in Folge eines Unfalls notwendig werden. 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.3.3 Zahnprophylaxe und zahnaufhellende Maßnahmen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen. Hierzu gehören u.a.:

- professionelle Zahnreinigung
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Anleitungen
- Erstellung des Mundhygienestatus sowie gründliche Untersuchung auf Zahn, Mund- und Kiefererkrankungen
- lokale Fluoridierung

Erstattungsfähig sind unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit auch die Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching).

Begrenzung der Erstattung (Sub-Budget): Die Erstattung von Aufwendungen, für die in C.3.3 aufgeführten Leistungen ist pro Versicherungsjahr begrenzt auf:

Tarifstufe	Budget
TUC300	80 EUR
TUC600	100 EUR
TUC900	120 EUR
TUC1200	140 EUR
TUC1500	160 EUR

C.3.4 Besondere Maßnahmen zur Schmerz- oder Angstausschaltung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besondere zahnärztliche Maßnahmen zur Schmerz- oder Angstausschaltung wie Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung und Vollnarkose, wenn sie im direkten Zusammenhang mit den unter C.3.1, C.3.2 und C.3.3 beschriebenen Leistungen erbracht werden.

C.4

Sonstige Leistungen

C.4.1 Präventionskurse

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

Als Präventionskurse gelten Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Voraussetzung für die Er-



stattung ist, dass ein Nachweis über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten vorgelegt und vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung bestätigt wird.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für noch nicht zurückgelegte Maßnahmen und Maßnahmen vor Versicherungsbeginn. Eingereichte Kostennachweise müssen daher den Zeitraum enthalten, auf den sie sich beziehen.

D. Innovationsvorsorge

Damit der Versicherungsschutz im Interesse des Versicherungsnehmers möglichst zeitnah an neue medizinisch anerkannte Heilbehandlungsmethoden angepasst werden kann, prüft der Versicherer, ob eine Erweiterung der in Abschnitt C dieser Bedingungen aufgeführten tariflichen Leistungen im Sinne des § 18 AVB/BKV möglich und zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich ist. Weitere Voraussetzung für eine Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist ferner, dass ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und für angemessen erachtet hat.

Die Veränderungen werden dann auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zum von dem Versicherer beantragten Zeitpunkt wirksam; frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung an den Versicherungsnehmer folgt.