

B Tarifbedingungen

Tarif FlexFam

- Stand: 1. Januar 2024 -

1 Versicherungsleistungen

Erstattet werden 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrags und unter Berücksichtigung betragsmäßiger Begrenzungen. Der Höchstleistungsbetrag gilt insgesamt für alle aufgeführten Leistungen.

Je nach gewählter Tarifstufe gelten pro Person und Kalenderjahr 300 Euro (Tarifstufe 1), 600 Euro (Tarifstufe 2), 900 Euro (Tarifstufe 3), 1.200 Euro (Tarifstufe 4) oder 1.500 Euro (Tarifstufe 5) Höchstleistungsbetrag.

Die Tarifbezeichnung enthält die jeweilige Tarifstufe: FlexFam300, FlexFam600, FlexFam900, FlexFam1200 oder FlexFam1500.

Der vereinbarte Höchstleistungsbetrag gilt auch dann, wenn der Versicherungsvertrag unterjährig abgeschlossen wird. Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln

Die tarifliche Erstattung ist zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100 Prozent des Rechnungsbetrags begrenzt.

Abweichend von § 2 AVB für die Debeka-bKV leisten wir auch für Versicherungsfälle, die vor dem Versicherungsbeginn eingetreten sind.

1.1 Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und/oder „Akupunktur“ und/oder „Homöopathie“ und/oder „Osteopathie“ oder durch Heilpraktiker

1.1.1 „Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die auf die Bereiche „Naturheilverfahren“, „Akupunktur“, „Homöopathie“ und „Osteopathie“ entfallen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Von der GOÄ abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

1.1.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten, erstattet der Versicherer nicht.

1.2 Sehhilfen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Brillengläser, Brillenstelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen in Höhe von 50 Prozent des in der jeweiligen Tarifstufe vereinbarten Höchstleistungsbetrags je Kalenderjahr.

1.3 Operative Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. Lasik, Lasek) durch niedergelassene approbierte Ärzte im Rahmen der GOÄ.

1.4 Hörgeräte

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen (einschließlich etwaiger Zuzahlungen) für ein Hörgerät (inklusive Otoplastik). Erstattungsfähig sind außerdem die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung (inklusive Ersatzteile, aber keine Batterien) des Hörgeräts sowie die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch. Erstattet werden insgesamt bis zu 50 Prozent des in der jeweiligen Tarifstufe vereinbarten Höchstleistungsbetrags je Kalenderjahr.

1.5 Gezielte Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen - jedoch keine individuellen Gesundheitsleistungen (IGel) - unabhängig von Altersgrenzen.

1.6 Hilfsmittel, Heilmittel, Fahrten und Transporte, Arznei- und Verbandmittel

1.6.1 Hilfsmittel (außer Sehhilfen nach Nummer 1.2 und Hörgeräte nach Nummer 1.4), einschließlich eventueller Zuzahlungen. Als Hilfsmittel gelten medizinisch-technische Mittel, Körpersersatzstücke und Geräte, die am Patienten für diagnostische oder therapeutische beziehungsweise lebenserhaltende Zwecke angewandt werden, um Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen.

1.6.2 Heilmittel (Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen, sonstige physikalische Therapie, Sprachheilbehandlung sowie Osteopathie) einschließlich eventueller Zuzahlungen. Heilmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufs beziehungsweise Heilhilfsberufs angewandt werden.

1.6.3 Fahrten und Transporte bei ambulanter Heilbehandlung zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit.

1.6.4 Arznei- und Verbandmittel einschließlich eventueller Zuzahlungen.

1.7 Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach der Nummer 1040 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für alle Zähne bis zu zweimal im Kalenderjahr.

1.8 Gesundheitsprogramme

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Gesundheitsangebote, die online über die Internetseite des Versicherers www.debeka.de/bkv-programme gebucht werden können. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die komplette Teilnahme am Programm nachgewiesen wird. Die online angebotenen Programme können variieren.

Andere Gesundheitsprogramme erstattet der Versicherer nicht.

Anmerkungen zu den Nummern 1.3 und 1.5

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind der Ehegatte oder Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sowie Kinder eines Mitarbeiters. Weitere Voraussetzung ist, dass zwischen dem Arbeitgeber des Mitarbeiters und der Debeka ein Gruppenversicherungsvertrag besteht, die unter 1.2 des Vertrages festgelegten Merkmale vorliegen und die zu versichernde Person beim Versicherer angemeldet ist.

3 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet – unbeschadet des § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Abschnitt A) – mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Nummer 2 zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.