



Betriebliche Krankenversicherung

Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)



Inhaltsverzeichnis

1.	Grundsätzliches zur bKV / Fragen zum Produkt	4
1.1	Was ist unter einer betrieblichen Krankenversicherung (bKV) zu verstehen?	4
1.2	Wer zahlt die Beiträge für die bKV?	4
1.3	Was sind die Anforderungen, damit Arbeitgeber eine bKV für ihre Mitarbeiter abschließen können?	4
1.4	Welche Pflichten ergeben sich für den Arbeitgeber als Versicherungsnehmer/Vertragspartner in der obligatorischen bKV?	4
1.5	Welchen Mehrwert bietet die betriebliche Krankenversicherung meinen Firmenkunden?	4
1.6	Welche Branchen können in der betrieblichen Krankenversicherung versichert werden?	5
1.7	Branchenprüfung für Familienangehörige	5
1.8	Wodurch unterscheidet sich die Beitragskalkulation in der bKV von „normalen“ Zusatzversicherungen?	5
1.9	Werden Alterungsrückstellungen für die Mitarbeiter gebildet?	5
1.10	Sind die Beiträge in der arbeitgeberfinanzierten bKV nach Alter gestaffelt?	5
1.11	Wie verhält es sich mit bereits bestehenden Zusatzversicherungen bei einem anderen Versicherer?	5
1.12	Kann die bKV mit anderen Einzelversicherungen des MV kombiniert werden?	6
2.	Gruppen- und Kollektivvertrag	6
2.1	Was wird mit dem Gruppenversicherungsvertrag geregelt?	6
2.2	Ab wie vielen versicherten Personen kann ein Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen werden?	6
2.3	Was wird mit dem Kollektivvertrag geregelt?	6
2.4	Ab wie vielen Personen kann ein Kollektivvertrag abgeschlossen werden?	6
2.5	Wie lange ist die Mindestvertragslaufzeit? Welche Kündigungsregelungen sind vereinbart?	6
2.6	Müssen alle Mitarbeiter in der obligatorischen bKV mit demselben Tarif versichert werden (Gruppenbildung)?	6
2.7	Kann ich auch nur bestimmte Gruppen meines Unternehmens absichern?	7
2.8	Gibt es einen Einheitsbeitrag und bestehen Mindest- bzw. Höchstalter für die Aufnahme der versicherten Personen?	7
2.9	Kann eine bKV auch für Beschäftigte im öffentlichen Dienst und Beamte angeboten werden?	7
3.	Personenkreis /Familienangehörige / Up-Selling	7
3.1	Wer kann sich in der arbeitGEBERfinanzierten bKV versichern?	7
3.2	Wer kann sich in der arbeitNEHMERfinanzierten bKV versichern?	7
3.3	Welche Absicherungsmöglichkeiten bestehen für die Familienangehörigen eines obligatorisch oder fakultativ versicherten Mitarbeiters?	7
3.4	Gibt es die Möglichkeit eines Up-Sellings und wie funktioniert die Umsetzung?	9
3.5	Was gilt, wenn zwischen Arbeitgeber und Münchener Verein ausschließlich ein Kollektivvertrag besteht?	10
3.6	Wie können Teilzeitkräfte, AZUBIS und Mini-Jobber versichert werden?	10
4.	Produktauswahl	10
4.1	Welche Tariflinien stehen zur Verfügung?	10
4.2	Kann der stationäre bKV Tarif ohne den Budget-Tarif abgeschlossen werden oder müssen die Tarife gebündelt sein? 11	
4.3	Wie funktioniert ein Tarifwechsel und was ist zu beachten?	11
4.4	Der Arbeitgeber wählt ein Budget in Höhe von 600 €, einige der MA wollen erhöhen (z.B. auf 1.000 €). In der fakultativen bKV wird allerdings keine Durchdringung von mindestens 90% erreicht. Gilt die Öffnungsklausel?	11
4.5	Welche Gesundheitsservices sind beinhaltet?	12
5.	Gesundheitsprüfung / Wartezeiten	13
5.1	Gibt es Wartezeiten?	13
5.2	Gibt es eine Gesundheitsprüfung?	13
6.	Abschluss- und Anmeldeprozesse	13
6.1	Gibt es ein Arbeitgeberportal?	13

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

6.2	Wie kann der Arbeitgeber seinen Mitarbeiter zur obligatorischen bKV anmelden?.....	14
6.3	Welche Unterlagen werden an die Versicherten versandt?	14
6.4	Wie funktioniert die Leistungserstattung?	14
6.5	Wo finde ich Unterlagen zur Verkaufsunterstützung?	14
7.	Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung.....	15
7.1	Wofür benötigt der Münchener Verein eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung?.....	15
7.2	Wann und wie muss die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung abgegeben werden?	15
7.3	Was passiert, wenn die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgegeben wird?	15
7.4	Entspricht die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung einem branchenweiten Standard?	15
8.	Entgeltfreie Zeiten / Versetzung / Ausscheiden	16
8.1	Müssen die Beiträge in entgeltfreien Zeiten weiterbezahlt werden?	16
8.2	Wie verhält es sich mit Leistungsansprüchen während Zeiten der Beitragsbefreiung?	16
8.3	Was geschieht, wenn ein Mitarbeiter aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheidet?	16
9.	Steuern, Arbeitsrecht, Datenschutz	16
9.1	Erhält der Arbeitgeber Kenntnis vom Gesundheitszustand des Mitarbeiters?	16
9.2	Datenschutz- und Schweigepflichtentbindungserklärungen.....	16
9.3	Was regelt eine Betriebsordnung und wie können wir den Arbeitgeber dabei unterstützen?	16
9.4	Muss ein Mitarbeiter die obligatorische bKV annehmen?	16
9.5	Welche Möglichkeit der Versteuerung der Beiträge zur bKV gibt es?.....	17
10.	Leistungsthemen	17
10.1	In welchen Bereichen ist eine Verordnung durch einen Arzt notwendig? Brille, Lasik, Massagen, physikalische Therapie, Hilfsmittel, Medikamente, etc.	17
10.2	Werden die Kosten für medizinische Untersuchungen im Rahmen des Jobs übernommen?.....	17
10.3	Kunde hat KV-Voll mit Primärarztprinzip. Ersetzt die Leistung der Budget-Tarife eine Differenz bei der Erstattung der KV-Voll bei Verstoß gegen Primärarztprinzip?	18
10.4	Vorgehen bei (e)Rezepten zur Erstattung von Kosten oder gesetzlichen Zuzahlungen	18
10.5	Welche Heilmittel sind gemäß den Tarifbedingungen der Budgettarife erstattungsfähig?	18
10.6	Welche Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind erstattungsfähig?	18

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

1. Grundsätzliches zur bKV / Fragen zum Produkt

1.1 Was ist unter einer betrieblichen Krankenversicherung (bKV) zu verstehen?

Eine betriebliche Krankenversicherung (bKV) ist eine Krankenzusatzversicherung über den Arbeitgeber. In der obligatorischen Form handelt es sich um eine Gruppenversicherung. Vom Arbeitgeber können verschiedene Leistungen ausgewählt und kombiniert werden. Die Beiträge in der obligatorischen bKV bezahlt der Arbeitgeber.

Versichert werden können alle gesetzlich oder privatkrankenversicherten Mitarbeiter des Unternehmens. Im Gegenzug verzichtet der Versicherer auf die sonst übliche Gesundheitsprüfung und Wartezeiten.

1.2 Wer zahlt die Beiträge für die bKV?

Die Beiträge einer arbeitgeberfinanzierten bKV bezahlt der Arbeitgeber für seine Angestellten.

In der fakultativen Absicherung der arbeitnehmerfinanzierten bKV werden die Beiträge von den Mitarbeitern bezahlt. Das gilt auch für ein Up-Selling, wenn Mitarbeiter sich für eine Ausweitung ihres Schutzes über die obligatorische bKV hinaus entschieden haben.

1.3 Was sind die Anforderungen, damit Arbeitgeber eine bKV für ihre Mitarbeiter abschließen können?

Sie haben je nach Absicherungswunsch mindestens 5 bzw. 10 versicherungsfähige Mitarbeiter, die sie zur bKV anmelden. Das Unternehmen muss den Sitz in Deutschland haben.

Über das Kollektiv Versorgungswerk (VW, IGM) sind im Handwerk bereits Gruppen ab 3 bzw. 5 MA je nach Tarif versicherbar.

1.4 Welche Pflichten ergeben sich für den Arbeitgeber als Versicherungsnehmer/Vertragspartner in der obligatorischen bKV?

Der Arbeitgeber ist als Versicherungsnehmer für folgendes verantwortlich:

- Fristgerechte Anmeldung der zu versichernden Mitarbeiter
- Beitragszahlung
- Information über vertragsrelevante Veränderungen (z.B. Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis)

1.5 Welchen Mehrwert bietet die betriebliche Krankenversicherung meinen Firmenkunden?

Die betriebliche Krankenversicherung unterstützt Arbeitgeber

- neue Mitarbeiter zu gewinnen und bestehende Mitarbeiter nachhaltig zu binden
- Fehlzeiten, Krankenstand und Krankheitskosten durch schnelle medizinische Versorgung der Mitarbeiter zu reduzieren
- die Produktivität und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu steigern
- eine interessante Alternative zur Gehaltserhöhung zu bieten und
- langfristiges Vertrauen durch das soziale Engagement des Arbeitgebers zu schaffen.

Die betriebliche Krankenversicherung ist für Mitarbeiter die sinnvollste Sozialleistung ihres Arbeitgebers und zahlt direkt auf die Ziele der betrieblichen Gesundheitsvorsorge ein.

Ausfallzeiten verkürzen sich durch schnellere Genesung der Mitarbeiter aufgrund qualitativ besserer Versorgung im Krankheitsfall.

- Verringerung von Fehlzeiten durch Präventionsleistungen und Motivationssteigerung der Mitarbeiter
- Imagegewinn durch Angebot von Produkten, die ein Arbeitnehmer als Privatkunde nicht kaufen kann
- Instrument zur Mitarbeiterbindung für Branchen mit hoher Mitarbeiterfluktuation
- Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber bei der Suche nach qualifizierten neuen Mitarbeitern (Fachkräftemangel / „war for talents“)

Vorteile:

- Aufnahmegarantie für alle Mitarbeiter*innen in der obligatorischen bKV
- Keine Gesundheitsprüfung in der arbeitgeberfinanzierten Variante
- Sofortiger Versicherungsschutz = sofort erlebbarer Mehrwert
- Günstigere Beiträge durch das Kollektiv
- Die Beiträge gelten als Sachbezug und können als Betriebsausgaben abgesetzt werden

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

1.6 Welche Branchen können in der betrieblichen Krankenversicherung versichert werden?

Grundsätzlich kommen Unternehmen - unabhängig von der Branche - ab 5 Mitarbeiter (ggf. spezielle Angebote Handwerk!) für unsere Produkte der betrieblichen Krankenversicherung infrage.

Allerdings gibt es bestimmte grundsätzlich **nicht versicherbare** Branchen:

- Bewachungsunternehmen, Sicherheitsunternehmen
- Forstwirtschaftlicher Betrieb, Landwirtschaftlicher Betrieb, Fischer
- Schifffahrtbetrieb
- Campingplatz
- Wohnheim (z.B. Asylbewerber-, Flüchtlings-, Obdachlosenheim)
- Lottoannahmestelle, Ticketvorverkaufsstelle, Buchmacher, Wettbüro, AutomatenSpielhalle,
- Spielhalle, Spielsalon
- Händler ohne festen Standort
- Fahrradkurier, Kurierdienst, Lieferservice (Lebensmittel)
- Gebäudereinigung, Fassadenreinigung, Fensterreinigung, Industriereinigung
- Entsorgungsunternehmen
- Stuntberufe, Artist, Zirkus, Schausteller
- Arbeitnehmerüberlassung (Zeitarbeit)
- Saisonarbeit (Arbeitnehmer/innen die für einen begrenzten Zeitraum beschäftigt werden)
- Botschaften und Konsulate
- Berufssportler, Trainer, Sportlehrer
- Sprengbetrieb, Sprengmeister (selbstständige)
- Bordell, Prostituierte
- Schlachthof
- Bergbau
- Zahnarztpraxen, Zahnkliniken, Heilpraktiker, Arztpraxen (Allgemeinmediziner u. Fachärzte), Optiker; MVZ (*nicht versicherbar in Start und Budget-Tarifen!*)
- Krankenhäuser/ Kliniken (*nicht versicherbar in Klinik 1&2!*)

Hinweis:

Im Angebotsrechner der MVorsorge finden Sie eine hinterlegte Branchenliste, aus der sich Informationen zu den versicherbaren Berufsfeldern ergeben. Nützen Sie diese Liste bereits im Vorfeld eines Kundenbesuches, um eine generelle Versicherbarkeit abzuleiten.

1.7 Branchenprüfung für Familienangehörige

Die Aufnahmefähigkeit für Familienangehörige orientiert sich an der Branchenprüfung gem. Punkt 1.6.

1.8 Wodurch unterscheidet sich die Beitragskalkulation in der bKV von „normalen“ Zusatzversicherungen?

Im Vergleich zu einer „normalen“ Krankenzusatzversicherung sind die Beiträge deutlich günstiger, da sie für ein Kollektiv von Personen im Alter i.d.R. zwischen 16 und 70 Jahren kalkuliert sind.

1.9 Werden Alterungsrückstellungen für die Mitarbeiter gebildet?

Nein, die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung kalkuliert.

Eine Ausnahme bilden Klinik 1&2-Bett im Bereich der fakultativen bKV und Weiterversicherung. Hier bieten wir neben nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Tarifen auch leistungsgleiche Tarife nach Art der Leben an.

1.10 Sind die Beiträge in der arbeitgeberfinanzierten bKV nach Alter gestaffelt?

Nein. Wir berechnen einen einheitlichen Beitrag für alle Mitarbeiter zw. 16 und 70 Jahren.

1.11 Wie verhält es sich mit bereits bestehenden Zusatzversicherungen bei einem anderen Versicherer?

Lassen die Bedingungen des anderen Versicherers eine Kombination mit anderweitigen Versicherungen zu? Ja, es kann eine Doppelversicherung bestehen. Die Leistungen aus der anderen Versicherung sind zuerst in Anspruch zu nehmen. Von den tariflichen Leistungen der bKV wird die Vorleistung der GKV oder der PKV-(Zusatz)versicherung abgezogen.

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

1.12 [Kann die bKV mit anderen Einzelversicherungen des MV kombiniert werden?](#)

Ja, eine Kombination ist möglich. Die Tarife können neben Tarifen der Einzelversicherung bestehen. Die Leistungen der Einzeltarife sind vorab in Anspruch zu nehmen. Ggf. ist auch eine Ablösung der Tarife der Einzelversicherung durch die bKV sinnvoll.

2. [Gruppen- und Kollektivvertrag](#)

2.1 [Was wird mit dem Gruppenversicherungsvertrag geregelt?](#)

Der Gruppenversicherungsvertrag regelt die detaillierten Vertragsbestandteile der OBLIGATORISCHEN Krankenversicherung des Arbeitgebers für seine Mitarbeiter.

2.2 [Ab wie vielen versicherten Personen kann ein Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen werden?](#)

Ein Gruppenversicherungsvertrag kann ab 5 (Tarife Budget 600, 1000, 1500) bzw. 10 zu versichernden Mitarbeitenden (Tarife Start, Budget 300, Klinik 1&2) abgeschlossen werden. Eine Höchstgrenze für versicherte Personen besteht nicht. Soll eine Gruppenbildung innerhalb des Vertrages je Tarif vereinbart werden, so muss eine Durchdringung von mind. 90 % des Kollektivs erreicht werden.

Bei einer Mitgliedschaft des Partners im Versorgungswerk oder der Interessengemeinschaft Mittelstand beträgt die Mindestanzahl der Mitarbeiter mindestens 3 Arbeitnehmer für die Tarife Start und Budget bzw. mindestens 5 Arbeitnehmer für die Tarife Klinik 1&2.

Ab 100 zu versichernde Mitarbeitende ist für die Tarife Klinik 1&2 eine Anfrage über die Direktion erforderlich.

2.3 [Was wird mit dem Kollektivvertrag geregelt?](#)

Der Kollektivvertrag regelt die detaillierten Vertragsbestandteile der FAKULTATIVEN Krankenversicherung des Arbeitgebers für seine Mitarbeitenden und deren Angehörige. Der Kollektivvertrag ist der Rahmenvertrag, innerhalb dessen der einzelne Mitarbeitende die fakultative bKV als Einzelversicherungsvertrag für sich und/oder seine Angehörigen abschließen kann.

2.4 [Ab wie vielen Personen kann ein Kollektivvertrag abgeschlossen werden?](#)

Innerhalb eines Kollektivvertrages müssen mindestens 5 (Tarife Budget 600, 1000, 1500) bzw. 10 Einzelversicherungsverträge (Tarife Start, Budget 300, Klinik 1&2) abgeschlossen werden. Eine Höchstgrenze besteht nicht.

Bei einer Mitgliedschaft des Partners im Versorgungswerk oder der Interessengemeinschaft Mittelstand beträgt die Mindestanzahl der durch Mitarbeitende abzuschließenden Einzelversicherungsverträge mindestens 3 für Tarife Budget bzw. mindestens 5 für Klinik 1&2.

2.5 [Wie lange ist die Mindestvertragslaufzeit? Welche Kündigungsregelungen sind vereinbart?](#)

Die Tarife der obligatorischen als auch der fakultativen bKV werden zunächst für die Dauer von 2 Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Laufzeit verlängert sich um jeweils 1 Jahr, wenn nicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende der Laufzeit gekündigt wird.

2.6 [Müssen alle Mitarbeiter in der obligatorischen bKV mit demselben Tarif versichert werden \(Gruppenbildung\)?](#)

Nein, es ist eine unterschiedliche Absicherung unter Einhaltung von Gleichbehandlungsgrundsätzen (AGG) möglich. Personengruppen müssen nach objektiv abgrenzbaren Kriterien (z.B. Betriebszugehörigkeit, Tätigkeitsgebiet) gebildet werden. Die betreffenden Mitarbeitenden werden innerhalb dieser Gruppe alle nach dem gleichen Tarif versichert. Voraussetzung für eine Gruppenbildung ist eine Durchdringung von mind. 90 % und 5 (in den Tarifen Budget 600, 1.000, 1.500 €) bzw. 10 Mitarbeitern (in den Tarifen Start, 300 €-Budget, Klinik).

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

2.7 Kann ich auch nur bestimmte Gruppen meines Unternehmens absichern?

Grundsätzlich können Teilbereiche (Teilkollektive) eines Unternehmens versichert werden. Zu beachten ist, dass das zu versichernde Teilkollektiv innerhalb eines Unternehmens folgende Merkmale aufweist: Es umfasst mindestens 5 (Tarife Budget 600, 1.000, 1.500) bzw. 10 Mitarbeiter (Tarife Start, Budget 300, Klinik 1&2). Es handelt sich um eine klar abgrenzbare, homogene Gruppe. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe ist grundsätzlich nicht/schwer beeinflussbar. Einfaches Beispiel ist eine Abgrenzung nach Betriebszugehörigkeitsdauer.

2.8 Gibt es einen Einheitsbeitrag und bestehen Mindest- bzw. Höchstalter für die Aufnahme der versicherten Personen?

Die Beiträge der obligatorischen bKV sind nach „Art der Schadenversicherung“ und damit ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Der altersunabhängige Einheitsbeitrag gilt für Personen zwischen 16 und 70 Jahren.

2.9 Kann eine bKV auch für Beschäftigte im öffentlichen Dienst und Beamte angeboten werden?

Ja, die bKV kann für folgende kommunale Arbeitgeber angeboten werden.

- TVöD-V Verwaltung
- TVöD-K Krankenhäuser
- TVöD-B Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- TVöD-F Flughäfen
- TVöD-E Entsorgung

3. Personenkreis /Familienangehörige / Up-Selling

3.1 Wer kann sich in der arbeitGEBERfinanzierten bKV versichern?

Der versicherbare Personenkreis umfasst angestellte Mitarbeitende des Arbeitgebers (=Versicherungsnehmer) mit Wohnsitz in Deutschland. Den Mitarbeitenden gleichgestellt sind Mitglieder der Geschäftsführung sowie Betriebsinhaber. Es sind sowohl gesetzlich als auch privatversicherte Personen versicherungsfähig.

3.2 Wer kann sich in der arbeitNEHMERfinanzierten bKV versichern?

Die angestellten Mitarbeiter mit Wohnsitz in Deutschland können sich selbst bzw. deren Familienangehörige versichern.

Familienangehörige sind Ehegatten, Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft und Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sowie Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr, soweit eine Unterhaltsberechtigung gegeben ist. Familienangehörige können max. im Umfang des Tarifpaketes für die Arbeitnehmer eine Absicherung wählen, höherer Versicherungsschutz ist nur mit Gesundheitsprüfung möglich.

3.3 Welche Absicherungsmöglichkeiten bestehen für die Familienangehörigen eines obligatorisch oder fakultativ versicherten Mitarbeiters?

Grundsätzliche Regelung

Familienangehörige des bKV-versicherten Mitarbeiters (obligatorisch/ fakultativ) müssen innerhalb von 3 Monaten ab Beginn des Kollektivvertrages bzw. ab Firmeneintritt des Mitarbeiters keine Gesundheitsprüfung absolvieren.

Innerhalb dieser Frist sind innerhalb der fakultativen Budgettarife auch Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind sowie angeratene Versicherungsfälle und fehlende Zähne mitversichert, für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Innerhalb der fakultativen Kliniktarife gilt, dass angeratene und laufende Versicherungsfälle sowie bestimmte, fest definierte Erkrankungen ausgeschlossen sind. Vorerkrankungen sind jedoch eingeschlossen für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

Außerhalb der Öffnungsklausel ist eine Gesundheitsprüfung zu absolvieren und für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind sowie angeratene Versicherungsfälle besteht keine Leistungspflicht.

Budgettarife: Fakultative Absicherung von Familienangehörigen bei einem über das Obligat versicherten Mitarbeiter

Angehörige versichern Budget-Tarife

- Es besteht für den Arbeitnehmer ein arbeitgeberfinanzierter (**obligatorischer**) Tarif
- Der Arbeitgeber hat einen Kollektivvertrag mit uns vereinbart

Der Mitarbeiter kann nun seine Angehörigen über einen fakultativen Tarif absichern:

Bestehender obligatorischer Tarif des Arbeitnehmers	Gewünschter fakultativer Tarif für Angehörige			
bKV-Tarif	Budget 300 (270)	Budget 600 (271)	Budget 1.000 (273)	Budget 1.500 (275)
Start (251)	✓	*	*	*
Budget 300 (260)	✓	*	*	*
Budget 600 (261)	✓	✓	*	*
Budget 1.000 (263)	✓	✓	✓	*
Budget 1.500 (265)	✓	✓	✓	✓
Klinik 1-Bett (291)	*	*	*	*
Klinik 2-Bett (290)	*	*	*	*

* = nur mit Gesundheitsprüfung abschließbar
✓ = ohne Gesundheitsprüfung abschließbar (innerhalb Öffnungsklausel)

Kliniktarife: Fakultative Absicherung in den Klinik-Tarifen von Familienangehörigen bei einem über das Obligat versicherten Mitarbeiter

Angehörige versichern Klinik-Tarife

- Es besteht für den Arbeitnehmer ein arbeitgeberfinanzierter (**obligatorischer**) Tarif
- Arbeitgeber hat einen Kollektivvertrag vereinbart

Der Mitarbeiter kann nun seine Angehörigen über einen fakultativen Tarif absichern:

Bestehender obligatorischer Tarif des Arbeitnehmers	Gewünschter fakultativer Tarif für Angehörige					
bKV-Tarif	Klinik 1-Bett ohne ARÜ (293)	Klinik 2-Bett ohne ARÜ (292)	Klinik 1-Bett mit ARÜ (295)	Klinik 2-Bett mit ARÜ (294)	Klinik 1-Bett AWW (295)	Klinik 2-Bett AWW (294)
Start (251)	*	*	*	*	x	x
Budget 300 (260)	*	*	*	*	x	x
Budget 600 (261)	*	*	*	*	x	x
Budget 1.000 (263)	*	*	*	*	x	x
Budget 1.500 (265)	*	*	*	*	x	x
Klinik 1-Bett (291)	✓	✓	✓	✓	x	x
Klinik 2-Bett (290)	*	✓	*	✓	x	x

* = nur mit Gesundheitsprüfung abschließbar
✓ = ohne Gesundheitsprüfung abschließbar (innerhalb Öffnungsklausel)
x = ungültige Tarifkombination

Budgettarife: Fakultative Absicherung in den Budget-Tarifen von Familienangehörigen bei einem fakultativen versicherten Mitarbeiter

Angehörige versichern Budget-Tarife

- Es besteht für den Arbeitnehmer ein arbeitnehmerfinanzierter (**fakultativer**) Tarif
- Arbeitgeber hat einen Kollektivvertrag vereinbart

Der Mitarbeiter kann nun seine Angehörigen über einen fakultativen Tarif absichern:

Bestehender fakultativer Tarif des Arbeitnehmers	Gewünschter fakultativer Tarif für Angehörige			
bKV-Tarif	Budget 300 (270)	Budget 600 (271)	Budget 1.000 (273)	Budget 1.500 (275)
Budget 300 (270)	✓	*	*	*
Budget 600 (271)	✓	✓	*	*
Budget 1.000 (273)	✓	✓	✓	*
Budget 1.500 (275)	✓	✓	✓	✓
Klinik 1-Bett (293)	*	*	*	*
Klinik 2-Bett (292)	*	*	*	*
Klinik 1-Bett (295)	*	*	*	*
Klinik 2-Bett (294)	*	*	*	*

* = nur mit Gesundheitsprüfung abschließbar
✓ = ohne Gesundheitsprüfung abschließbar (innerhalb Öffnungsklausel)

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

Kliniktarife: Fakultative Absicherung in den Klinik-Tarifen von Familienangehörigen bei einem fakultativ versicherten Mitarbeiter

Angehörige versichern

Klinik-Tarife

• Es besteht für den Arbeitnehmer ein arbeitnehmerfinanzierter (**fakultativer**) Tarif
• Arbeitgeber hat einen Kollektivvertrag vereinbart

Der Mitarbeiter kann nun seine Angehörigen über einen fakultativen Tarif absichern:

Bestehender fakultativer Tarif des Arbeitnehmers	Gewünschter fakultativer Tarif für Angehörige					
bKV-Tarif	Klinik 1-Bett ohne ARÜ (293)	Klinik 2-Bett ohne ARÜ (292)	Klinik 1-Bett mit ARÜ (295)	Klinik 2-Bett mit ARÜ (294)	Klinik 1-Bett AWW (295)	Klinik 2-Bett AWW (294)
Budget 300 (270)	*	*	*	*	X	X
Budget 600 (271)	*	*	*	*	X	X
Budget 1.000 (273)	*	*	*	*	X	X
Budget 1.500 (275)	*	*	*	*	X	X
Klinik 1-Bett (293)	✓	✓	✓	✓	X	X
Klinik 2-Bett (292)	*	✓	*	*	X	X
Klinik 1-Bett (295)	✓	✓	✓	✓	X	X
Klinik 2-Bett (294)	*	✓	*	✓	X	X

* = nur mit Gesundheitsprüfung abschließbar
✓ = ohne Gesundheitsprüfung abschließbar (innerhalb Öffnungsklausel)
X = ungültige Tarifkombination



3.4 Gibt es die Möglichkeit eines Up-Sellings und wie funktioniert die Umsetzung?

Ja, insofern der Arbeitgeber mit uns als Versicherer einen Kollektivvertrag geschlossen hat, können Mitarbeiter ihre obligatorische Absicherung erweitern. Die Beiträge dafür werden vom Mitarbeiter getragen. Innerhalb von 3 Monaten ab Beginn des Kollektivvertrages bzw. ab Firmeneintritt des Mitarbeiters muss von diesem keine Gesundheitsprüfung absolviert werden.

Innerhalb dieser Frist sind innerhalb der fakultativen Budgettarife auch Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind sowie angeratene Versicherungsfälle und fehlende Zähne mitversichert, für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Innerhalb der fakultativen Kliniktarife gilt, dass angeratene und laufende Versicherungsfälle sowie bestimmte, fest definierte Erkrankungen ausgeschlossen sind. Vorerkrankungen sind jedoch eingeschlossen für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Außerhalb der Öffnungsklausel ist eine Gesundheitsprüfung zu absolvieren und für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind sowie angeratene Versicherungsfälle besteht keine Leistungspflicht.

Fakultativer Budgettarif als Aufstockung gewünscht

Leistung als Mitarbeiter erhöhen

Budget-Tarife

• Es besteht für den Arbeitnehmer ein arbeitgeberfinanzierter (**obligatorischer**) Tarif
• Der Arbeitgeber hat einen Kollektivvertrag mit uns vereinbart

Der Mitarbeiter kann nun seinen Gesundheitsschutz über einen fakultativen Tarif erweitern:

Bestehender obligatorischer Tarif des Arbeitnehmers	Gewünschter Tarif fakultative Aufstockung/Absicherung für den Arbeitnehmer			
bKV-Tarif	Budget 300 (270)	Budget 600 (271)	Budget 1.000 (273)	Budget 1.500 (275)
Start (251)	✓	*	*	*
Budget 300 (260)	✓	*	*	*
Budget 600 (261)	✓	✓	*	*
Budget 1.000 (263)	✓	✓	✓	*
Budget 1.500 (265)	✓	✓	✓	✓
Klinik 1-Bett (291)	✓	✓	✓	✓
Klinik 2-Bett (290)	✓	✓	✓	✓

* = nur mit Gesundheitsprüfung erweiterbar
✓ = ohne Gesundheitsprüfung erweiterbar (innerhalb Öffnungsklausel)

Bei Einreichung von Leistungen werden diese zuerst aus dem arbeitnehmerfinanzierten Tarif erstattet



bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

Fakultativer Kliniktarif als Aufstockung gewünscht

Leistung als Mitarbeiter erhöhen

• Es besteht für den Arbeitnehmer ein arbeitgeberfinanzierter (obligatorischer) Tarif
• Der Arbeitgeber hat einen Kollektivvertrag mit uns vereinbart

Der Mitarbeiter kann nun seinen Gesundheitsschutz über einen fakultativen Tarif erweitern:

Bestehender obligatorischer Tarif des Arbeitnehmers	Gewünschter Tarif fakultative Aufstockung/Absicherung für den Arbeitnehmer						
	bKV-Tarif	Klinik 1-Bett ohne ARÜ (293)	Klinik 2-Bett ohne ARÜ (292)	Klinik 1-Bett mit ARÜ (295)	Klinik 2-Bett mit ARÜ (294)	Klinik 1-Bett AWW (295)	Klinik 2-Bett AWW (294)
Start (251)		✓	✓	✓	✓	X	X
Budget 300 (260)		✓	✓	✓	✓	X	X
Budget 600 (261)		✓	✓	✓	✓	X	X
Budget 1.000 (263)		✓	✓	✓	✓	X	X
Budget 1.500 (265)		✓	✓	✓	✓	X	X
Klinik 1-Bett (291)	X	X	X	X	✓	✓	X
Klinik 2-Bett (290)	X	X	X	X	X	X	✓

✓ = ohne Gesundheitsprüfung erweiterbar (innerhalb Öffnungsklausel)
X = ungültige Tarifkombination

Bei Einreichung von Leistungen werden diese zuerst aus dem arbeitgeberfinanzierten Tarif erstattet

3.5 Was gilt, wenn zwischen Arbeitgeber und Münchener Verein ausschließlich ein Kollektivvertrag besteht?

Besteht kein obligatorischer Tarif und hat der Arbeitgeber einen Kollektivvertrag vereinbart, kann der Arbeitnehmer seine fakultative bKV frei aus allen Tarifen (Budget und Klinik) wählen.

Die Familienangehörigen können ebenfalls innerhalb der Öffnungsklausel maximal die Tarife abschließen, welche der Arbeitnehmer abgeschlossen hat.

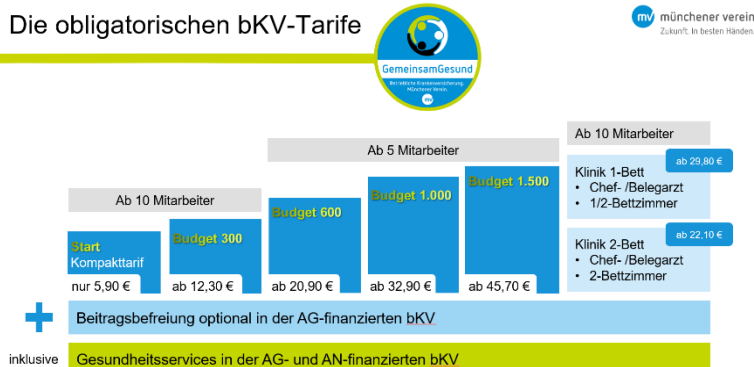
3.6 Wie können Teilzeitkräfte, AZUBIS und Mini-Jobber versichert werden?

Teilzeitkräfte, Azubis und Minijobber sind uneingeschränkt versicherbar. Grundlage dafür ist eine entsprechende Vereinbarung im Gruppenversicherungsvertrag mit dem Arbeitgeber.

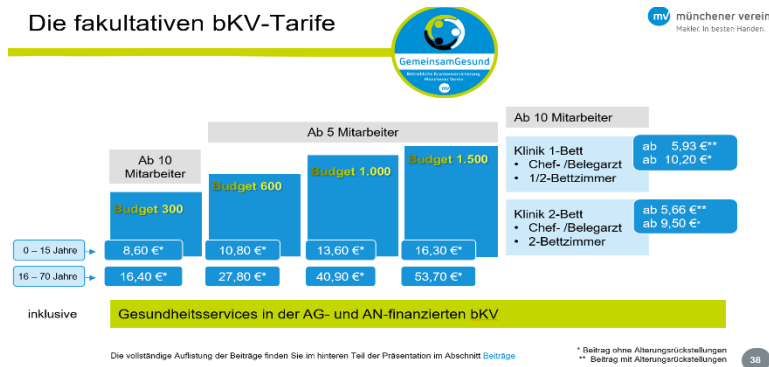
Teilzeitkräfte dürfen lt. Gesetz über die Teilzeitarbeit nicht schlechter behandelt werden als ein vergleichbarer vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer. Daher muss eine geldwerte Leistung wie die bKV mindestens in dem Umfang gewährt werden, der dem Anteil seiner Arbeitszeit entspricht.

4. Produktauswahl

4.1 Welche Tariflinien stehen zur Verfügung?



bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)



4.2 Kann der stationäre bKV Tarif ohne den Budget-Tarif abgeschlossen werden oder müssen die Tarife gebündelt sein?

Ja, eine Alleinversicherung des stationären Tarifs ist möglich. Voraussetzung ist eine entsprechende Regelung im Gruppenversicherungsvertrag bzw. Kollektivvertrag mit dem Arbeitgeber.

4.3 Wie funktioniert ein Tarifwechsel und was ist zu beachten?

Der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer der obligatorischen bKV kann den Mitarbeitenden - z.B. nach einer Beförderung - einer anderen Personengruppe zuordnen. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Umstellung in den für diese Gruppe vorgesehenen Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Der Mitarbeitende als Versicherungsnehmer der fakultativen bKV kann die Tarifstufe zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres wechseln. Die Umstellung der Tarifstufe muss binnen einer Frist von zwei Monaten zum Jahresende beantragt werden. Für eine höherwertige Tarifstufe ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich und es sind Wartezeiten zu beachten.

Beispiel:

Es besteht eine obligatorische bKV mit Budget 300 €, zusätzlich hat der Mitarbeitende bereits eine fakultative Aufstockung um 300 € gewählt und wünscht nun einen Tarifwechsel seiner fakultativen Absicherung auf Budget 600 €.

➔ Die Änderung kann zum 01.01. des Folgejahres mit einer Frist von zwei Monaten zum Jahresende beantragt werden, eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich. Wartezeiten für die Mehrleistungen gelten ab 01.01. (des Folgejahres).

4.4 Der Arbeitgeber wählt ein Budget in Höhe von 600 €, einige der MA wollen erhöhen (z.B. auf 1.000 €). In der fakultativen bKV wird allerdings keine Durchdringung von mindestens 90% erreicht. Gilt die Öffnungsklausel?

Ja, eine Durchdringung des Kollektives gibt es in der fakultativen bKV nicht.

Wenn der AG seinen Mitarbeitern obligatorisch den Tarif Budget 600 gewährt, kann der Mitarbeiter fakultativ für sich selbst innerhalb der Öffnungsklausel ohne Gesundheitsprüfung mit 300 Euro bzw. 600 Euro aufstocken.

Wünscht er eine fakultative Aufstockung um 1.000 Euro oder 1.500 Euro, ist eine Gesundheitsprüfung nötig.

Leistung als Mitarbeiter selbst erhöhen

USP

- Voraussetzung ist, dass bereits ein arbeitgeberfinanzierter Tarif besteht
- Zusätzlich hat der Arbeitgeber einen Kollektivvertrag mit uns vereinbart
- Dann kann der Mitarbeiter das Budget über einen arbeitnehmerfinanzierten Tarif erweitern

bKV-Tarif	Budget 300	Budget 600	Budget 1.000	Budget 1.500
Start	✓	*	*	*
Budget 300	✓	*	*	*
Budget 600	✓	✓	*	*
Budget 1.000	✓	✓	✓	*
Budget 1.500	✓	✓	✓	✓

* = mit Gesundheitsprüfung erweiterbar
✓ = ohne Gesundheitsprüfung erweiterbar

Bei Einreichung von Leistungen werden diese zuerst aus dem arbeitnehmerfinanzierten Tarif erstattet



Familienangehörige können max. im Umfang des fakultativen Tarifpakets für den Arbeitnehmer eine Absicherung wählen. Ein höherer Versicherungsschutz ist nur mit Gesundheitsprüfung möglich.

4.5 Welche Gesundheitsservices sind beinhaltet?

Arzt-Termin-Service - Schneller Zugang zum Facharzt

- Telefonische Erreichbarkeit 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr
- Kurzanamnese und Recherche von Leistungserbringern
- Terminvereinbarung, Terminvorverlegung, Übermittlung Terminierungsergebnis
- Beratung zur Terminvorbereitung
- Erstattung gem. den Tarifbedingungen

Zugang zu Spezialisten

- Telefonische Erreichbarkeit 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr
- Kurzanamnese und Recherche von Spezialisten
- Auf Wunsch Terminvermittlung

Zweitmeinungsverfahren

- Telefonische Erreichbarkeit 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr
- Direkteinstellung oder Analyse in der medizinischen Beratung
- Prüfung von Befunden sowie Heil- und Kostenplänen
- Leitliniengerechte, medizinische Beratung
- Leistungserbringerrecherche, Arzt-Termin-Service

Case-Management für Mitarbeiter*innen mit an Demenz erkrankten Familienangehörigen

Wir bieten Mitarbeitern ein kostenfreies Betreuungsprogramm, das bei der häuslichen Demenzpflege unterstützt. (Maßnahmen sh. Produktsteckbrief)

Ärztliche Video-Sprechstunde

Im Zusammenhang mit den im Tarif versicherten ärztlichen Leistungen im Rahmen der GOÄ, z.B. Hautkrebs-Screening als Vorsorgeuntersuchung.

Gesundheitshotline 24/7

- Telefonische Erreichbarkeit 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr
- Medizinische Fachleute beantworten individuelle Fragen zur Gesundheit, verbreitete Krankheitsbilder, Diagnostik und Therapiestandards, nicht-medikamentöse Therapieverfahren und alternative Therapien, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten und Impfungen
- Unterstützung bei der Suche nach Leistungserbringern und Spezialisten im näheren Umkreis
- Individuelle Beratung zur Vorbeugung von Krankheitsrisiken

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

5. Gesundheitsprüfung / Wartezeiten

5.1 Gibt es Wartezeiten?

Nein, sowohl in der arbeitgeber- als auch in der arbeitnehmerfinanzierten bKV wird auf die Wartezeiten verzichtet.

5.2 Gibt es eine Gesundheitsprüfung?

Es findet keine Gesundheitsprüfung statt,

a) in der **arbeitgeberfinanzierten bKV:**

findet keine Gesundheitsprüfung statt.

Ein nach Beginn des Gruppenversicherungsvertrages neu eintretender Mitarbeiter ist zeitnah nach Beginn des Arbeitsvertrags beim Versicherer anzumelden. Soweit der Arbeitgeber nach seinen innerbetrieblichen Regelungen Mitarbeitern während der Probezeit keine bKV zusagt, ist die Meldung zeitnah nach Ende der Probezeit zu machen.

b) in der **arbeitnehmerfinanzierten bKV:**

Keine Gesundheitsprüfung innerhalb der Öffnungsklausel, d.h. bei Beantragung

- in den ersten 3 Monaten ab Beginn des Kollektivvertrages - für Angehörige gilt dies nur, soweit der Umfang des Versicherungsschutzes den des Mitarbeiters nicht übersteigt;
- für neue Ehegatten oder Lebenspartner innerhalb 3 Monate nach Eheschließung, Begründung der häuslichen Gemeinschaft bzw. Eintragung in das Lebenspartnerschaftsregister, soweit der Umfang des Versicherungsschutzes den des Versicherungsnehmers nicht übersteigt;
- in den ersten 3 Monaten ab Firmeneintritt für neue Mitarbeiter und deren Angehörige. Soweit der Arbeitgeber nach seinen innerbetrieblichen Regelungen Mitarbeitern während der Probezeit keine bKV zusagt, beginnt die Öffnungsklausel mit dem Ende der Probezeit
- einer Kindernachversicherung bis 2 Monate nach Geburt/Adoption

Eine Gesundheitsprüfung findet statt:

- bei Beantragung außerhalb der Öffnungsklausel
- innerhalb der Öffnungsklausel, soweit Angehörige ein höheres Tarifpaket als das des AN wünschen

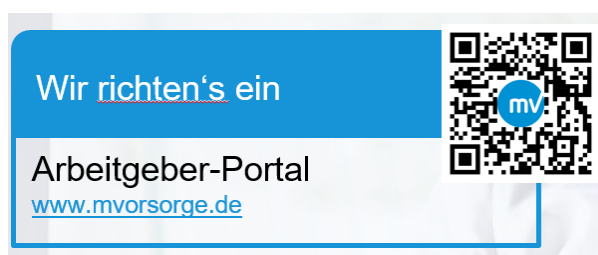
c) **Weiterversicherung** nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis:

Scheidet ein/e Mitarbeiter*in aus dem versicherbaren Personenkreis aus, kann er/sie die Absicherung nach dem Ausscheiden privat fortführen. Dies gilt auch für fakultativ versicherte Angehörige. Der Versicherungsschutz muss nahtlos an die Beendigung der bKV ansetzen und innerhalb von 2 Monaten in Anspruch genommen werden.

6. Abschluss- und Anmeldeprozesse

6.1 Gibt es ein Arbeitgeberportal?

Ja, Sie erreichen das Arbeitgeberportal über www.mvorsorge.de.



bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

6.2 Wie kann der Arbeitgeber seinen Mitarbeiter zur obligatorischen bKV anmelden?

Die Anmeldung der Mitarbeiter erfolgt mit nur wenigen Klicks online über unser Arbeitgeberportal www.mv vorsorge.de. Durch schnelle und digitale Prozesse unterstützen wir von Anfang an und nehmen die meiste Arbeit ab. Wir stellen pro versichertem Arbeitnehmer ein Policenpaket elektronisch zur Verfügung, welches – digital – an den Arbeitnehmer weiterzuleiten ist.

6.3 Welche Unterlagen werden an die Versicherten versandt?

Die Mitarbeiter als versicherte Personen erhalten über den Arbeitgeber ein digitales Policenpaket. Für die stationären Tarife wird eine Versichertenkarte zur Anmeldung und Direktabrechnung ausgestellt.

6.4 Wie funktioniert die Leistungserstattung?

Mit der MV ServiceApp können Arbeitnehmer Leistungen ganz bequem mit uns abrechnen. Der Arbeitgeber muss sich um nichts kümmern und erhält selbstverständlich auch keinerlei Informationen über den Gesundheitszustand seiner Mitarbeiter.

Alternativ zu Smartphone und Tablet können die Rechnungen und Rezepte selbstverständlich auch per Post eingereicht werden.

6.5 Wo finde ich Unterlagen zur Verkaufsunterstützung?

Alles, was Sie für den Verkauf brauchen

Werbeunterlagen & mehr
Dokumenten-Center
www.mv-partnernetz.de/bkv-dokumente

Anmelden & loslegen
Vermittler-Portal
www.mv vorsorge.de

Schnell & einfach
Online-Rechner
www.mv vorsorge.de

Alle Infos zur bKV
Partnernetz
Arbeitgeber-Film
FAQs für Vertriebspartner
www.mv-partnernetz.de/bkv

Wir richten's ein
Arbeitgeber-Portal
www.mv vorsorge.de

Homepage
www.muenchener-verein.de/bkv

münchenener verein
Zukunft. In besten Händen.

102

7. Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

7.1 Wofür benötigt der Münchener Verein eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung?

Die Einwilligungserklärung ist notwendig, da Personen- und Gesundheitsdaten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erst erhoben und verarbeitet werden dürfen, wenn die versicherte Person ihre Einwilligung gegeben hat.

Mit der Schweigepflichtentbindung entbindet die versicherte Person unter anderem die Mitarbeiter der Münchner Verein Krankenversicherung a.G. von der Schweigepflicht. Dies ist beispielsweise erforderlich, damit die zuständigen Mitarbeiter im Rahmen der Bearbeitung Ihrer Leistungsanträge Ihre Daten - soweit erforderlich - an Dienstleister weitergeben können. Dies könnte beispielsweise ein Hilfsmittelversorger sein. Mit welchen Dienstleistern wir im Einzelnen zusammenarbeiten, können sie unserer Dienstleisterliste entnehmen.

Die abgegebene Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung führt nicht dazu, dass der Münchener Verein im Falle einer Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten (z. B. einem Arzt) abfragt. Wenn dies im Einzelfall notwendig ist, wird dies vorab schriftlich bei der versicherten Person gesondert abgefragt.

7.2 Wann und wie muss die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung abgegeben werden?

Um einen unkomplizierten Abschluss der bKV zu gewährleisten, wird vor Vertragsschluss grundsätzlich keine Einwilligungserklärung vom Münchener Verein eingeholt. Mit Erhalt der Police werden versicherte Personen auf die Erfordernis der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung hingewiesen.

Versicherte Personen sollten am besten zeitnah nach Erhalt der Police, doch spätestens mit der ersten Rechnungseinreichung, einmalig ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung abgegeben haben, andernfalls kann keine Erstattung erfolgen.

Die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindung erfolgt am schnellsten digital über den enthaltenen QR-Code in Ihrem Policenansprechen per MV ServiceApp/Webanwendung. Eine Abgabe ist auch per E-Mail oder Post möglich.

7.3 Was passiert, wenn die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgegeben wird?

Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt und ist zur Durchführung des Versicherungsvertrages unentbehrlich.

Wird die Einwilligungserklärung vom Kunden nicht abgegeben oder liegen Streichungen vor, kann ein Erstattungsantrag nicht bearbeitet werden. Der Münchener Verein behält sich in diesem Fall vor, den Versicherungsvertrag der betreffenden Personen rückwirkend aufzuheben.

7.4 Entspricht die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung einem branchenweiten Standard?

Ja, unsere Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenaufsichtsbehörden erstellt und entspricht daher dem branchenweiten Standard.

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

8. Entgeltfreie Zeiten / Versetzung / Ausscheiden

8.1 Müssen die Beiträge in entgeltfreien Zeiten weiterbezahlt werden?

Durch Vereinbarung der optionalen Beitragsbefreiung in der arbeitgeberfinanzierten bKV wird für entgeltfreie Zeiten kein Beitrag gezahlt.

Wann gilt das?

- Bei Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfall
- In der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)
- Bei Pflege eines nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)
- Bei vorübergehender Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung aus einem anderen Grund, wie z.B. Sabbatical

8.2 Wie verhält es sich mit Leistungsansprüchen während Zeiten der Beitragsbefreiung?

Die versicherte Person behält während Zeiten der Beitragsfreistellung ihren vollen Anspruch auf Leistungen! Die Beitragsbefreiung gilt je Anlass für maximal 36 Monate während der gesamten Vertragsdauer. Der Anlass ist innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt anzuzeigen und nachzuweisen.

8.3 Was geschieht, wenn ein Mitarbeiter aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheidet?

Eine Weiterführung ist privat möglich. Bei Ausscheiden aus der Firma oder bei Rentenbeginn kann der Schutz privat fortgeführt werden. Der Versicherungsschutz muss dann innerhalb von 2 Monaten nahtlos an die Beendigung der bKV ansetzen. Für die Weiterversicherung zahlt der Mitarbeiter teilweise altersabhängige Beiträge

9. Steuern, Arbeitsrecht, Datenschutz

9.1 Erhält der Arbeitgeber Kenntnis vom Gesundheitszustand des Mitarbeiters?

Nein, der Datenschutz ist gewährleistet, da die Leistungsabrechnung ausschließlich zwischen den Mitarbeitern und dem Münchener Verein erfolgt.

9.2 Datenschutz- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Für die Vertragsdurchführung der bKV übermittelt der Arbeitgeber Mitarbeiterdaten an den Münchener Verein als Versorgungsträger der bKV.

1. Datenkontrolle

Grundsätzlich gilt: Jedes Unternehmen, welches selbst personenbezogene Daten kontrolliert oder im Auftrag einer anderen Firma verarbeitet, muss sowohl die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) als auch das Bundesdatenschutzgesetz befolgen.

➔ Formular 770 13 48

2. Datenübermittlung

Bei der Übermittlung von Arbeitnehmerdaten durch den Arbeitgeber an den Münchener Verein als bKV-Partner müssen die DSGVO und das Bundesdatenschutzgesetz beachtet werden.

➔ Formular 770 13 49 oder Betriebsordnung

9.3 Was regelt eine Betriebsordnung und wie können wir den Arbeitgeber dabei unterstützen?

Eine Betriebsordnung ist eine verbindliche Zusage des Arbeitgebers über die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung. In Zusammenarbeit mit der Rechtsanwaltskanzlei Kleffner gelingt dies einfach und sicher: Fragebogen ausfüllen, Betriebsordnung wird erstellt, Sichtung der Versorgungsordnung in Rücksprache mit dem Arbeitgeber, Rechnungsstellung an den Arbeitgeber als Auftraggeber. Weiterführende Informationen finden sie [hier](#).

9.4 Muss ein Mitarbeiter die obligatorische bKV annehmen?

Nein, die Mitarbeitenden können die obligatorische bKV ablehnen oder widerrufen. Empfehlung: Der Arbeitgeber sollte einen gewünschten Verzicht des Mitarbeiters dokumentieren und ggf. in der Personalakte ablegen.




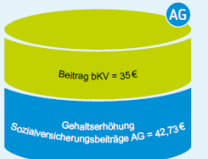
bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

9.5 Welche Möglichkeit der Versteuerung der Beiträge zur bKV gibt es?

- Die bKV kann als Sachbezug gewertet werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen (Höchstbetrag von < 50 EUR noch nicht anderweitig ausgeschöpft und der Arbeitgeber die Beiträge für seine Mitarbeiter*innen übernimmt (§ 8 Abs. e EStG).

Die Unterschiede auf einen Blick

Arbeitgeber-finanzierte Beiträge der bKV

	1 Steuerfreier Sachbezug § 8 Abs. 2 Satz 11 EStG	2 Pauschalversteuerung § 37b EStG	3 Pauschalversteuerung § 40 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 EStG	4 Individuelle Versteuerung - Nettolohnversteuerung
Beispiel bKV Beitrag	35 €	35 €	35 €	35 €
Arbeitgeber- aufwand (AG)¹	Gesamtkosten: 35 €	Zusätzliche Kosten: 20,29 € Gesamtkosten: 55,29 €	Zusätzliche Kosten: 11,82 € Gesamtkosten: 46,82 €	Zusätzliche Kosten: 42,73 € Gesamtkosten: 77,73 €
Zusammen- setzung der Kosten	Beitrag bKV Im Rahmen des Sachbezugs sind die bKV Beiträge steuer- und sozialversicherungsfrei	Beitrag bKV + Gehaltserhöhung in Höhe der für den bKV-Beitrag anfallenden Sozialversicherungsbeiträge des AN + Steuern + Sozialversicherungsbeiträge von AG	Beitrag bKV + Steuern - Keine Sozialversicherungsbeiträge von AG und AN ²	Beitrag bKV + Gehaltserhöhung in Höhe der für den bKV-Beitrag anfallenden Steuern und Sozialversicherungs- beiträge des AN + Sozialversicherungsbeiträge des AG
				

¹ Die Werte in unseren Beispielen beziehen sich auf die Gehaltssimulation siehe Seite 6.

² Nach § 40 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 EStG pauschal versteuerte Sachbezüge sind nicht dem sozialversicherungsbeitragspflichtigen Arbeitsentgelt zuzurechnen. Das heißt, diese Sachbezüge können sozialversicherungsbeitragsfrei gewährt werden.

- Die Mitarbeitenden dürfen hier ausschließlich den Versicherungsschutz in Anspruch nehmen, nicht aber eine Geldzahlung → das wäre Barlohn der als solcher versteuert wird.
- Die Beiträge der bKV können als gewinnmindernde Betriebsausgaben angesetzt werden, und auch alle vom Arbeitgeber getragenen Steuern und Sozialversicherungsbeiträge.
- Auch sind alle Leistungen aus einer bKV steuerfrei (§ 3 Nr. 1a EStG)
- Die Beiträge zur fakultativen bKV werden aus bereits versteuertem Einkommen vom Mitarbeiter bezahlt.

10. Leistungsthemen

10.1 In welchen Bereichen ist eine Verordnung durch einen Arzt notwendig? Brille, Lasik, Massagen, physikalische Therapie, Hilfsmittel, Medikamente, etc.

Die Tarifbedingungen der Budgettarife sehen für Sehhilfen vor, dass eine Verordnung des Augenarztes nicht erforderlich ist. Eine Dioptrien Angabe durch den Optiker reicht uns aus. Zu den sonstigen genannten Leistungspunkten stellen wir auf ärztlich verordnete Maßnahmen ab.

10.2 Werden die Kosten für medizinische Untersuchungen im Rahmen des Jobs übernommen?

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (Eignungs- oder Tauglichkeitsuntersuchungen) gemäß ArbMedVV sind vom Arbeitgeber zu bezahlen und kein Bestandteil der bKV-Budgettarife.

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

10.3 Kunde hat KV-Voll mit Primärarztprinzip. Ersetzt die Leistung der Budget-Tarife eine Differenz bei der Erstattung der KV-Voll bei Verstoß gegen Primärarztprinzip?

Wird eine Leistung der PKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt / eine bestehende Selbstbeteiligung angerechnet, gilt dies als Vorleistung der PKV, die nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig ist.

Die klassischen Vorsorgen beim Internisten, Augenarzt und Gynäkologen sind über die Vollversicherung ohne Abzug erstattungsfähig.

Falls der VN eine Vorsorge beispielsweise direkt bei Ärzten anderer Fachrichtungen vornehmen lässt, dann kann die Differenz aus den Budgettarifen erstattet werden.

10.4 Vorgehen bei (e)Rezepten zur Erstattung von Kosten oder gesetzlichen Zuzahlungen

Das E-Rezept wurde für alle gesetzlich Versicherten zum 1. Januar 2024 eingeführt. Für Privatversicherte ist das E-Rezept nicht verpflichtend. Grundsätzlich gilt es Folgendes zu beachten:

- Bei **Medikamentenzuzahlungen** erstatten wir auch auf Apothekenquittungen, wenn die versicherte Person namentlich von der Apotheke auf der Quittung aufgedruckt ist.
- Für **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen benötigen wir weiterhin das von der Apotheke bedruckte und quitierte Rezept. Dies ist unproblematisch, da hier weiterhin ein Papierrezept ausgestellt wird.
- Für **Arzneimittel bei privat oder gesetzlich Versicherten** benötigen wir weiterhin das von der Apotheke bedruckte und quitierte Rezept und die Angabe der Vorleistung der privaten bzw. gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist unproblematisch, da hier weiterhin ein Papierrezept ausgestellt wird.

Am einfachsten ist es, wenn das E-Rezept, das der Arzt ausgestellt hat, direkt in der Apotheke eingelöst wird.

Das heißt, wir akzeptieren weiterhin **keine Apothekenquittungen ohne Namensaufdruck**, da diese für jede beliebige Person sein könnten und eine Zuordnung zur versicherten Person damit nicht möglich ist. In solchen Fällen muss der Versicherte das Rezept mitbringen.

Beim eRezept sind die Ärzte verpflichtet, dieses auf Wunsch auch auszudrucken. Bei den Apotheken besteht keine Verpflichtung zum Ausdruck von eRezepten.

10.5 Welche Heilmittel sind gemäß den Tarifbedingungen der Budgettarife erstattungsfähig?

Grundsätzlich gilt, dass sowohl die Kosten als auch die gesetzlich anfallenden Zuzahlungen für ärztlich verordnete Heilmittel erstattungsfähig sind.

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten). Diese sind:

- die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie (z. B. Massagetherapie, Krankengymnastik, Thermotherapie)
- die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie (medizinische, nicht jedoch kosmetische Fußpflege)
- die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (z. B. motorisch-funktionelle Behandlung)
- die Ernährungstherapie.

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

10.6 Welche Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind erstattungsfähig?

Im Folgenden sehen Sie eine Übersicht über die erstattungsfähigen und nicht erstattungsfähigen Individuellen Gesundheitsleistungen. Folgende Leistungen erstatten wir:

Leistung	Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)	Erstattungs-fähig	über Tarifbedingungen bKV Budget Punkt
Akupunktur in der Schwangerschaft	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Akupunktur zur Vorbeugung von Migräneanfällen	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Akupunktur zur Vorbeugung von Spannungskopfschmerzen	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Atteste und Gutachten	ja	⊗	-
Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Augenspiegelung mit Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Biofeedback-Therapie bei Migräne	ja	⊗	-
Blutegeltherapie bei Kniearthrose	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Blutuntersuchung zur Früherkennung von Schilddrüsenfunktionsstörungen (TSH-Bestimmung zum Schilddrüsencheck)	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Botox gegen Schwitzen	ja	⊗	-
Colon-Hydro-Therapie	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Computertomographie (CT) zur Früherkennung schwerer Krankheiten	ja	⊗	Keine Vorsorge, sondern Diagnostik wg. Befund
Dermatoskopie zur Früherkennung von Hautkrebs	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Dünnschichtzytologie zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Durchblutungsfördernde Infusionstherapie bei Hörsturz	ja	⊗	-
Eigenbluttherapie bei Tendinopathie	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
EKG zur Früherkennung einer koronaren Herzerkrankung	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Entfernung von Tätowierungen	ja	⊗	-
Früherkennung auf Vitamin B12-Mangel und Vitamingabe	ja	⊗	-
Früherkennungsuntersuchung auf Vitamin D-Mangel und regelmäßige Einnahme	ja	⊗	-
Glukokortikoide bei Hörsturz	ja	⊗	-

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

Leistung	Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)	Erstattungs-fähig	über Tarifbedingungen bKV Budget Punkt
HBA1c-Bestimmung zur Früherkennung eines Diabetes (GOÄ 3561)	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Heidelberg Retina Tomographie (HRT) zur Glaukom-Früherkennung	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Hirnleistungs-Check zur Früherkennung einer Demenz	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Hochtontherapie	ja	⊗	-
Hyaluronsäure-Injektion bei Kniearthrose	ja	⊗	-
Hyperbare Sauerstofftherapie bei Hörsturz	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Immunglobulin G Bestimmung zur Diagnose einer Nahrungsmittelallergie	ja	⊗	-
Kunsttherapie bei psychischen Erkrankungen	ja	⊗	-
Kunsttherapie für Krebspatienten und deren Angehörige	ja	⊗	-
Laser-Behandlung von Blutschwämmchen beim Säugling	ja	⊗	-
Laser-Behandlung von Krampfadern	ja	⊗	-
Lichttherapie bei Akne	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung („Winterdepression“)	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
M2-PK-Test zur Früherkennung von Darmkrebs	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
MRT der Brust zur Krebsfrüherkennung	ja	⊗	Kein Vorsorge, sondern Diagnostik wegen Befund
MRT zur Früherkennung einer Alzheimer-Demenz	ja	⊗	Kein Vorsorge, sondern Diagnostik wegen Befund
NMP22-Test zur Früherkennung von Harnblasenkrebs	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
OCT zur Früherkennung einer feuchten, altersbedingten Makuladegeneration (nAMD)	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
OCT zur Früherkennung eines Glaukoms	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Operative Behandlung des Schnarchens (Rhonchopathie)	ja	⊗	-
Osteopathie bei unspezifischen Kreuzschmerzen	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis

bKV - Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)

Leistung	Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)	Erstattungs-fähig	über Tarifbedingungen bKV Budget Punkt
Protein-C Bestimmung zur Einschätzung des Thromboserisikos	ja	⊗	-
PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Reisemedizinische Vorsorge	ja	✓	C.3 (Reise-)Schutzimpfung
Spirometrie zur Überprüfung der Lungenfunktion	ja	⊗	-
Sport-Check	ja	⊗	-
Statische Magnetfeldtherapie bei Kreuzschmerz	ja	✓	C.11 Hufelandverzeichnis
Stoßwellentherapie bei der Kalkschulter	ja	⊗	-
Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz	ja	⊗	-
Stoßwellentherapie beim Tennisarm	ja	⊗	-
Streptokokken-Test in der Schwangerschaft	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Toxoplasmose-Test bei Schwangeren (Früherkennung)	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Ultraschall der Brust zur Krebsfrüherkennung	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Ultraschall der Halsschlagader zur Schlaganfallvorsorge	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Ultraschall der zur Früherkennung von Veränderungen der Schilddrüse	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Ultraschall in der Schwangerschaft (ergänzende Untersuchung)	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Ultraschall zur Früherkennung von Gebärmutterkörperkrebs	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Ultraschall zur Früherkennung von Prostatakrebs	ja	✓	C.1 Vorsorgeuntersuchungen
Bach-Blütentherapie	nein	⊗	-
Professionelle Zahnreinigung	nein	✓	C.13 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Wie sind Vorsorgeuntersuchungen definiert?

Bei der Früherkennung sollen Krankheiten durch medizinische Untersuchung erkannt werden, die bisher noch nicht festgestellt und auch noch nicht in irgendeiner Form - durch Schmerzen oder Beschwerden oder durch Abweichungen vom normalen Zustand – in Erscheinung getreten sind.



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

Münchener Verein Versicherungsgruppe
Pettenkoferstr. 19 · 80336 München
Tel. 089/51 52-10 00 · Fax 089/51 52-15 01
info@muenchener-verein.de
www.muenchener-verein.de

Die in dieser Marketingunterlage gezeigten Personen sind Mitarbeiter des Münchener Verein. Es gelten die jeweils aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

670 40 19 /03 (05.25)