

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-VBP

Erschöpfungs-Prophylaxe

- Auswertung eines Fragebogens zur Ermittlung der individuellen Erschöpfungs-Situation
- Beratung zum Thema Stressbewältigung und Entspannung abhängig vom Ergebnis des Fragebogens

Assistanceleistungen

- 24h-Telefonhotline zum Thema Stress und Erschöpfung
- Benennung von Leistungserbringern

Tarif bKV-VBP (Erschöpfungs-Prophylaxe) Krankheitskosten-Zusatzversicherung Fassung April 2015

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-VBP-Mitarbeiter).

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die:

- Auswertung eines Fragebogens zur Ermittlung der individuellen Erschöpfungs-Situation der versicherten Person
- Beratung zum Thema Stressbewältigung und Entspannung (abhängig vom Ergebnis des Fragebogens)

Die versicherte Person erhält zur Teilnahme an der Erschöpfungs-Prophylaxe einen Vorsorge-Scheck. Der Vorsorge-Scheck dient zur Vorlage bei einem vom Versicherer vorgegebenen unabhängigen Gesundheitsdienstleister und berechtigt die versicherte Person zur Teilnahme an der Erschöpfungs-Prophylaxe.

Der Dienstleister versendet nach Einreichen des Vorsorge-Schecks inklusive einer Datenschutzerklärung durch die versicherte Person einen Fragebogen zur Ermittlung der individuellen Erschöpfungs-Situation. Die versicherte Person schickt den vollständig ausgefüllten Fragebogen an den Dienstleister zurück. Dieser wertet den Fragebogen aus und informiert die versicherte Person schriftlich über das Ergebnis.

Sofern der Gesundheitsdienstleister infolge des Ergebnisses die Notwendigkeit zur Teilnahme an einer Beratung zum Thema Stressbewältigung und Entspannung feststellt, wird die versicherte Person im Auswertungsbericht darüber informiert. In die-

sem Fall hat die versicherte Person Anspruch auf insgesamt drei telefonische Beratungsgespräche, welche innerhalb eines geplanten Zeitraums von ca. 12 Wochen erfolgen. Dazu hat die versicherte Person vorab eine Teilnahmeerklärung beim Dienstleister einzureichen.

Die Beratungsgespräche untergliedern sich in:

- Begrüßungsgespräch (Konkretisierung des individuellen Anliegens, Vereinbarung eines kurzfristig umsetzbaren Verhaltensziels)
- Zwischengespräch (Neue/offene Fragen, Überprüfung und Verfolgung der Ziele, Auswertung/Besprechung des Protokolls vom Begrüßungsgespräch)
- Abschlussgespräch (Stärkung, Commitment, Zielverfolgung, Versand weiterführender Materialien zur Unterstützung der Zielverfolgung, Kurzfeedback).

Zusätzlich steht der versicherten Person eine 24h-Telefonhotline zum Thema Stressbewältigung und Entspannung zur Verfügung und es können Leistungserbringer (z.B. Psychologen) in Wohnortnähe der versicherten Person benannt werden.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die Aufwendungen für eine Erschöpfungs-Prophylaxe sind alle 2 Jahre ab Vollendung des 17. Lebensjahres erstattungsfähig.

Die versicherte Person erhält zum Versicherungsbeginn und danach jeweils am Anfang eines ungeraden Jahres den Vorsorge-Scheck für die Erschöpfungs-Prophylaxe. Die Vorsorge-Schecks dienen zur Vorlage beim Gesundheitsdienstleister. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses verlieren die Vorsorge-Schecks ihre Gültigkeit.