



BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG DER ALLIANZ

Fragen und Antworten

WICHTIGSTE INFORMATIONEN IM ÜBERBLICK	3
1 ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE & RAHMENBEDINGUNGEN IN DER BKV	4
1.1 Gibt es eine Mindestlaufzeit für einen bKV-Vertrag?	4
1.2 Wie viele Personen müssen abgesichert werden?	4
1.3 Welche „Mitarbeiter:innen“ kann ein Arbeitgeber in der bKV versichern?	4
1.4 Kann eine bKV für 538-EUR-Kräfte abgeschlossen werden?	4
1.5 Kann eine bKV für Grenzgänger:innen abgeschlossen werden?	5
1.6 Können auch Vereine und Verbände eine bKV für Mitglieder abschließen?	5
1.7 Welches Höchsteintrittsalter gilt für bKV-Versicherte und deren Familienangehörige?	5
2 PRODUKTPORTFOLIO & LEISTUNGEN	5
Übergreifende Vorgaben	5
2.1 Bleibt der Beitrag pro Mitarbeiter:in unabhängig vom Alter gleich?	5
2.2 Gibt es für bestimmte Unternehmen Einschränkungen bei der Tarifauswahl?	6
2.3 Werden auch Leistungen nach dem Hufeland-Verzeichnis erstattet?	6
Fragen zum Budgetmodell	6
2.4 Zwischen welchen Budgetpaketen wird unterschieden?	6
2.5 Mit welchen Bausteintarifen können die Budgetpakete kombiniert werden?	7
2.6 Wird der Höchstbetrag bei unterjährigem Versicherungsbeginn gekürzt?	7
2.7 Wie ist der Umgang mit laufenden Behandlungen?	7
2.8 Werden Leistungen im Ausland erstattet?	7
Fragen zum Bausteinmodell	8
2.9 Welche Besonderheiten gibt es bei dem Tarif Krankentagegeld (KT)?	8
2.10 Wie ist der Umgang mit laufenden Behandlungen?	9
2.11 Werden Leistungen im Ausland erstattet?	10
Fragen zu den Services	10
2.12 Wie können Familienangehörige die Gesundheitsservices nutzen?	10
3 GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG	10
Ausgestaltung eines Gruppenversicherungsvertrags	10
3.1 Welche Mindestanzahl von versicherten Personen ist je Tarif erforderlich?	10
3.2 Wie viele Personen werden beim Tarif Krankenhaustagegeld je Tagessatz benötigt?	13
3.3 Was muss bei der Bildung von Tarifierungsgruppen beachtet werden?	13
3.4 Müssen bei dem Tarif Krankentagegeld Gruppen je Gehaltsstufe gebildet werden?	13
3.5 Ist es möglich Neuanmeldungen immer nur zu einem bestimmten Stichtag zu melden?	14
Erstellung und Erweiterung eines Gruppenversicherungsvertrags (GV)	14
3.6 Wie wird ein Gruppenversicherungsvertrag (GV) erstellt?	14
3.7 Wie kann ein bestehender GV geändert bzw. um zusätzliche Tarife ergänzt werden?	14

4	VERTRAGSVERLAUF- UND VERWALTUNG	15
	Allgemeine Hinweise	15
4.1	Was passiert, wenn die Anzahl der versicherten Personen unter 10 bzw. 5 fällt?	15
	An- und Abmeldung von Mitarbeiter:innen	15
4.2	Wie werden Mitarbeiter:innen angemeldet?	15
4.3	Wie schnell werden die Versicherungsbescheinigungen nach Anmeldung versendet?	15
4.4	Wie können Mitarbeiter:innen abgemeldet werden?	15
	Sonderfälle bei versicherten Personen	16
4.5	Was ist zu tun, wenn Mitarbeiter:innen bereits eine Krankenzusatzversicherung haben (Doppelversicherung)?	16
4.6	Was ist zu tun, wenn Mitarbeiter:innen die bKV vom Arbeitgeber nicht möchten?	17
4.7	Was passiert in entgeltfreien Zeiten, wie z. B. längerer Krankheit, Elternzeit, Pflegezeit oder Sabbatical?	17
4.8	Was passiert bei Ausscheiden der Mitarbeiter:innen aus dem versicherten Personenkreis?	18
5	DATENSCHUTZ UND „ERKLÄRUNGEN ZUR DATENVERARBEITUNG“	19
5.1	Wo finden sich die Erklärungen zur Datenverarbeitung und wie sind sie einzureichen?	19
5.2	Wie kann die Einwilligungserklärung abgegeben werden?	19
5.3	Warum müssen Mitarbeiter:innen die Erklärung unterschreiben?	19
5.4	Entspricht die Erklärung einem branchenweiten Standard?	19
5.5	Gilt die Erklärung für alle Tarife der bKV?	20
5.6	Ist die Erklärung eine generelle Freigabe sämtliche Gesundheitsdaten nach Bedarf weiterzugeben?	20
5.7	Werden mit der Erklärung die Ärztinnen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht befreit?	20
5.8	Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen die Erklärung nicht unterzeichnen?	20
5.9	Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen die Erklärung später widerrufen?	21
5.10	Warum müssen Mitarbeiter:innen uns eine Freigabe zur Weitergabe der Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers erlauben?	21
5.11	Was ist bei der Übermittlung von Mitarbeiterdaten an die APKV durch den Arbeitgeber zu beachten?	21
6	STEUER- UND ARBEITSRECHT	22
	Für Informationen zur steuer- und arbeitsrechtlichen Behandlung der bKV nutzen Sie bitte das „Handbuch Steuern & Arbeitsrecht bKV“. Darüber hinaus finden Sie im Vertriebsportal verschiedene arbeitsrechtliche Mustervorlagen.	22

Wichtigste Informationen im Überblick

Die wichtigsten Informationen zu den Annahmerichtlinien in der betrieblichen Krankenversicherung (bKV) der Allianz sind in der folgenden Tabelle kurz zusammengefasst:

Thema	Details
Versicherbarer Personenkreis	Grundsätzlich können alle Organisationen unabhängig ihrer Rechtsform (Kapitalgesellschaft, Personengesellschaft, Vereine, Stiftungen) ihre Mitarbeiter:innen, Geschäftsführer:innen und operativ tätige Inhaber:innen bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres versichern.
Grundsätzliche Ausnahmen	Nicht versicherbar sind berufliche Waffenträger sowie Unternehmen und Personen, die nicht dem Verhaltenscodex für Business Ethik und Compliance der Allianz Gruppe entsprechen (hierunter fallen insbesondere: Herstellung verbotener Waffen gemäß Group Defense-Matrix, Mitgliedschaft in einer verbotenen Partei oder Organisation, Zuwiderhandlung gegen ein Embargo oder Sanktionen; bei Zweifelsfällen bitte über Ihren Spezialisten im Vertriebsweg im Underwriting einsteuern).
Ausnahmen Kleinstkollektiv (Unternehmen mit 5 bis 9 Mitarbeiter:innen)	(Zahn-)Ärztinnen/Ärzte oder Leistungserbringer können keine Tarife abschließen, deren Leistungen sie selber erbringen oder abrechnen können. Eine Detailübersicht ist unter dem Punkt „ 2.2 Gibt es für bestimmte Unternehmen Einschränkungen bei der Tarifauswahl? “ zu finden.
Ausnahme Tarif Krankentagegeld	In dem Tarif Krankentagegeld dürfen nur Kollektive versichert werden, die der Berufsgruppenprüfung entsprechen. Detaillierte Informationen finden Sie im Ergänzungsfoliensatz für Vertrieb. Der Tarif Krankentagegeld kann nur bis zum 67. Lebensjahr abgeschlossen werden und nicht für Selbstständige.
Versicherbarkeit weiterer Personenkreise	Die Absicherung von Personen, die nicht fest im Unternehmen operativ im Tagesgeschäft tätig sind (z. B. Mitglieder von Vereinen, stille Teilhaber, Aufsichtsräte, Familienangehörige, Freelancer) muss über Ihren Spezialisten im Vertriebsweg im Underwriting angefragt werden.
Versicherbarkeit von Profisportlern	Profisportler sind in unserer betrieblichen Krankenversicherung (bKV) nicht mehr grundsätzlich ausgeschlossen. Dies ermöglicht eine breitere Abdeckung und bietet auch diesen Berufsgruppen die Möglichkeit, von den Vorteilen unserer Versicherungsleistungen zu profitieren. Bitte beachten Sie, dass für Profisportler spezielle Bedingungen gelten können, die im Einzelfall geprüft werden müssen.

Weitere Details dazu und Antworten zu häufig gestellten Fragen in der bKV erhalten Sie in den folgenden Kapiteln.

1 Allgemeine Grundsätze & Rahmenbedingungen in der bKV

1.1 Gibt es eine Mindestlaufzeit für einen bKV-Vertrag?

Es gilt eine Mindestlaufzeit von zwei Versicherungsjahren (= Ende des darauffolgenden Kalenderjahres). Anschließend wird der Vertrag jährlich stillschweigend verlängert, wenn nicht zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird.

1.2 Wie viele Personen müssen abgesichert werden?

Die APKV bietet Lösungen für Unternehmen mit 5 bis 9 Mitarbeiter:innen sowie für Unternehmen mit mehr als 10 Mitarbeiter:innen an (Details finden Sie in den Verkaufsunterlagen).

Grundsätzlich sollen alle Mitarbeiter:innen eines Unternehmens abgesichert werden. Es können aber auch objektiv abgrenzbare Gruppen gebildet werden, die den Versicherungsschutz allein oder einen anderen Umfang erhalten. Dabei sind jedoch immer die Richtlinien zur Mindestbefüllung der einzelnen Tarife zu beachten. Mehr Informationen zur Gruppenbildung und der Mindestbefüllung finden Sie unter dem Punkt [„3.3 Was muss bei der Bildung von Tarifierungsgruppen beachtet werden?“](#).

1.3 Welche „Mitarbeiter:innen“ kann ein Arbeitgeber in der bKV versichern?

Jede volljährige Mitarbeiterin und jeder volljährige Mitarbeiter kann über die bKV versichert werden. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, neben den Arbeitnehmer:innen auch Vorstandsmitglieder bzw. Geschäftsführer:innen, Firmeninhaber:innen und Auszubildende (ab dem 16. Lebensjahr) zu versichern.

Bitte beachten: Nicht alle Tarife sind für PKV-Versicherte abschließbar. Außerdem gelten Besonderheiten bei Krankentagegeld (siehe Punkt [„2.9 Welche Besonderheiten gibt es bei dem Tarif Krankentagegeld \(KT\)?“](#)).

1.4 Kann eine bKV für 538-EUR-Kräfte abgeschlossen werden?

Seitens der APKV gibt es dazu keine Einschränkungen. Eine Absicherung im bKV-Tarif Krankentagegeld ist jedoch nicht möglich.

Arbeits- und steuerrechtlich ist darüber hinaus zu beachten:

- Aus arbeitsrechtlicher Sicht darf eine 538-EUR-Kraft grundsätzlich nicht schlechter gestellt werden als eine Vollzeitkraft.
- Sollte die Summe aus Gehalt und steuer- & sozialpflichtigem bKV-Beitrag die 538-EUR-Grenze übersteigen, kann die Person den Status der geringfügigen Beschäftigung verlieren. Um dies zu verhindern, können 538-EUR-Kräfte zu Versicherungsbeginn der bKV widersprechen. Ob der bKV-Beitrag steuer- & sozialversicherungspflichtig ist, hängt von der gewählten Versteuerungsart im Unternehmen ab.
- Wir empfehlen grundsätzlich den Steuerberater bzw. die Steuerberaterin vor dem Abschluss einer bKV einzubinden.

1.5 Kann eine bKV für Grenzgänger:innen abgeschlossen werden?

Grenzgänger:innen sind im Rahmen der bKV Personen, die in Deutschland arbeiten aber ihren Hauptwohnsitz in einem Nachbarland von Deutschland haben. Sollen diese Personen auch über die bKV abgesichert werden, muss immer eine individuelle Freigabe erfolgen. Hierzu bitte den prozentualen Anteil der betroffenen Grenzgänger:innen im Verhältnis zu den restlichen Mitarbeiter:innen des Unternehmens über Ihren Spezialisten im Vertriebsweg im Underwriting zur Prüfung vorlegen.

1.6 Können auch Vereine und Verbände eine bKV für Mitglieder abschließen?

Das ist grundsätzlich möglich. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass eine Mitgliedschaft in dem Verein nicht nur eingegangen wird, um eine bKV zu erhalten. Daher muss jeder Einzelfall über Ihren Spezialisten im Vertriebsweg im Underwriting geprüft werden (u.a. wird hierzu die Vereinssatzung benötigt). Bei Sportvereinen gibt es zusätzliche Bedingungen (u.a. können nicht alle Tarife angeboten werden und es müssen alle aktiven Mitglieder:innen über 18 Jahren versichert werden).

1.7 Welches Höchst Eintrittsalter gilt für bKV-Versicherte und deren Familienangehörige?

Das Höchst Eintrittsalter für bKV-Versicherte liegt bei 69 Jahren (**Ausnahme:** im bKV-Tarif Krankentagegeld liegt es bei 66 Jahren).
Für Familienangehörige von bKV-Versicherten liegt das Höchst Eintrittsalter bei 64 Jahren.

2 Produktportfolio & Leistungen

Übergreifende Vorgaben

2.1 Bleibt der Beitrag pro Mitarbeiter:in unabhängig vom Alter gleich?

Regelung ab Juli 2018: Ja, jeder Tarif hat einen altersunabhängigen Beitrag (Einheitsbeitrag).

Regelung vor Juli 2018: Das ist abhängig vom Tarif. Hat der Tarif Beitragssprünge bei bestimmten Altersstufen, erhöht sich der Beitrag automatisch sobald Mitarbeiter:innen in die nächsthöhere Stufe rutschen. Ausnahme: Es wurde ein firmenindividueller Einheitsbeitrag vereinbart.

2.2 Gibt es für bestimmte Unternehmen Einschränkungen bei der Tarifauswahl?

Bei den Lösungen für Unternehmen mit 5 bis 9 Mitarbeiter:innen können (Zahn)Ärztinnen/Ärzte oder Leistungserbringer, die Tarifleistungen selber erbringen können, die folgenden Tarife nicht abschließen:

Bausteinmodell	Budgetmodell	
Folgende Bausteine können nicht versichert werden:	Budgetmodell nicht möglich für:	Budgetmodell möglich für:
<ul style="list-style-type: none"> • Zahntarife für Zahnarztpraxen/Zahnkliniken. • Vorsorgetarife für Arztpraxen, die Teile der Untersuchungen/ Impfungen durchführen können. • VorsorgeExtra für Physiotherapeuten, die entsprechende Gesundheitskurse anbieten. • Heilpraktikertarif für Heilpraktiker • Sehhilfentarif für Optiker. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnarztpraxen/Zahnkliniken • Heilpraktiker • (Allgemein- und fachmedizinische) Arztpraxen • Optiker 	<ul style="list-style-type: none"> • Hörgeräteakustiker • Sanitätshäuser • Medizinische Assistenzberufe (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, etc.) • Apotheken • Kieferorthopäden

Beachten Sie außerdem die Notwendigkeit einer Berufsgruppenprüfung beim Abschluss des Tarifs Krankentagegeld. Details dazu finden Sie in dem Ergänzungsfoliensatz für Vertrieb.

2.3 Werden auch Leistungen nach dem Hufeland-Verzeichnis erstattet?

Im **Budgetmodell** erstatten wir bei Ärztinnen/Ärzten auch Leistungen des Hufelandverzeichnisses gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Im **Tarif Heilpraktiker (Bausteinmodell)** sind nur Leistungen abgesichert, die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden.

Fragen zum Budgetmodell

2.4 Zwischen welchen Budgetpaketen wird unterschieden?

Es gibt drei verschiedene Budgetpakete. Diese heißen in der vertrieblichen Kommunikation gegenüber Kunden (Arbeitgeber und Mitarbeiter:innen):

- MeinGesundheitsBudget
- MeinGesundheitsBudget Plus
- MeinGesundheitsBudget Best

MeinGesundheitsBudget Plus und MeinGesundheitsBudget Best bestehen dabei aus zwei rechtlich selbstständigen Tarifen:

- MeinGesundheitsBudget Plus = MeinGesundheitsBudget kombi mit bKV Zahnersatz Plus
- MeinGesundheitsBudget Best = MeinGesundheitsBudget kombi mit bKV Zahnersatz Best

In den Verkaufsunterlagen und der Endkundenkommunikation werden immer die jeweiligen Beitragssummen ausgewiesen.

Der Tarif MeinGesundheitsBudget kombi kann nicht allein abgeschlossen werden. Er ist immer mit einem bKV Zahnersatztarif (= bKV Zahnersatz Plus oder bKV Zahnersatz Best) zu kombinieren.

In der vertraglichen Korrespondenz (z.B. Bescheinigung für den Versicherten samt Anlagen, Versicherungsschein („Sammelpolice“), Inkassodokumente) werden die Tarife getrennt ausgewiesen.

2.5 Mit welchen Bausteintarifen können die Budgetpakete kombiniert werden?

In der folgenden Tabelle sehen Sie, mit welchen Tarifen aus dem Baustein-Modell die jeweiligen Budgetpakete kombiniert werden können.

Bausteintarif \ Budget-paket	Seh-hilfe	Heil-praktiker	Zahnbe-handlung	Zahn-ersatz	Reise	Vor-sorge	Vor-sorge Extra	Kranken-haus	Kranken-haus bei Unfall	Kranken-haustage-geld	Kranken-tagegeld
MGB	X	X	X	X	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
MGB Plus	X	X	X	MUSS	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
MGB Best	X	X	X	MUSS	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA

2.6 Wird der Höchstbetrag bei unterjährigem Versicherungsbeginn gekürzt?

Nein, bei unterjährigem Beginn erfolgt keine Kürzung des Höchsterstattungsbetrags, auch die Höchstbeträge für Sehhilfe bzw. Zahnprophylaxe / Bleaching werden nicht gekürzt.

2.7 Wie ist der Umgang mit laufenden Behandlungen?

In den Tarifen MeinGesundheitsBudget und MeinGesundheitsBudget kombi sind laufende und angeratene Behandlungen ab Versicherungsbeginn mitversichert.

Das gilt auch für die Tarife Zahnersatz Plus/Best, die fester Bestandteil von MeinGesundheitsBudget Plus/Best sind (siehe auch Kapitel „Fragen zum Bausteinmodell“).

2.8 Werden Leistungen im Ausland erstattet?

In den nachfolgenden zwei Tabellen finden Sie die Regelungen für Leistungen im Ausland:

Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen/ andere versicherte Leistungen im Ausland	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten.	

Fragen zum Bausteinmodell

2.9 Welche Besonderheiten gibt es bei dem Tarif Krankentagegeld (KT)?

Bei dem Tarif Krankentagegeld gibt es folgendes zu beachten:

- Vorerkrankungen**
 Grundsätzlich sind Vorerkrankungen abgesichert. Bestand die Arbeitsunfähigkeit jedoch schon vor Versicherungsbeginn und besteht ohne Unterbrechung über den Versicherungsbeginn hinaus fort, ist die Leistung ausgeschlossen.
 Ausnahme: Wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem der Versicherungsnehmer die bKV abgeschlossen hat und die beschäftigte Person eingelesen wurde, jedoch der Versicherungsschutz noch nicht begonnen hat, zahlen wir für diesen Versicherungsfall. Das gilt allerdings nur für den Zeitraum, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt und nach Ablauf der 6-wöchigen Karenzzeit. Entscheidend ist demnach der Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- Absicherung von Selbstständigen (z. B. Inhaber:innen einer Personengesellschaft)**
 Diese Personen können nicht über den bKV-Tarif Krankentagegeld abgesichert werden. Ein Krankentagegeld über die bKV können nur angestellte Mitarbeiter:innen bzw. GGF erhalten.
- Absicherung von PKV-Versicherten**
 PKV-versicherte Personen können den bKV-Tarif Krankentagegeld erhalten. Allerdings müssen sie über ihre private Krankenvollversicherung einen KT Anspruch versichert haben, der der Höhe nach mindestens der Höchstabsicherung der GKV entspricht. Nur eine Absicherung darüber hinaus kann über den bKV-Tarif Krankentagegeld abgedeckt werden.
- Absicherung von 538-EUR-Kräften**
 Eine Absicherung von geringfügig Beschäftigten mit dem Tarif Krankentagegeld ist bei der APKV nicht möglich.

- **Gruppenbildung**
Bitte beachten Sie bei dem Tarif Krankentagegeld (ebenso wie bei dem Tarif Krankenhaustagegeld) die besonderen Bedingungen bei der Bildung von Tarifierungsgruppen. Mehr Informationen dazu erhalten Sie unter dem Punkt „[3.3 Was muss bei der Bildung von Tarifierungsgruppen beachtet werden?](#)“.

2.10 Wie ist der Umgang mit laufenden Behandlungen?

Die Handhabung von laufenden Behandlungen wird je nach Tarif unterschieden. In der nachfolgenden Tabelle finden sich die entsprechenden Bestimmungen.

Tarife	Regelung
Heilpraktiker Vorsorge VorsorgeExtra Sehhilfe Zahnbehandlung Zahnersatz Plus Zahnersatz Best Krankenhaustagegeld	Leistung auch für Versicherungsfälle vor Versicherungsbeginn. → In diesem Fall übernehmen wir die Kosten bzw. zahlen den Tagessatz ab dem ersten Tag des Versicherungsbeginns.
Krankenhaus	Leistung auch für Versicherungsfälle vor Versicherungsbeginn. → Wir leisten auch für zu Versicherungsbeginn bereits laufende stationäre Aufenthalte. Damit sind alle Kosten abgedeckt, die ab Versicherungsbeginn anfallen.
Krankenhaus bei Unfall	Wir leisten <u>nicht</u> bei Unfällen und deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
Krankentagegeld	Keine Leistung für Versicherungsfälle vor Versicherungsbeginn. (Ausnahme: AU tritt zwischen Policierung und Versicherungsbeginn ein, dann leisten wir für diese ab Versicherungsbeginn und nach Ablauf der 6-wöchigen Karenzzeit).
Reise	Wir leisten für Reisen, die nach Versicherungsbeginn angetreten werden.

2.11 Werden Leistungen im Ausland erstattet?

In der Regel gilt, dass die ortsüblichen Kosten erstattet werden. Details entnehmen Sie bitte den aktuellen AVBs des jeweiligen Tarifs.

Fragen zu den Services

2.12 Wie können Familienangehörige die Gesundheitsservices nutzen?

Die einfachste Legitimation ist ein Anruf oder eine Terminvereinbarung über die Allianz Gesundheits-App. Bei einem telefonischen Anruf über die Hotline sollten Name, Geburtsdatum und Versicherungsnummer der bKV-versicherten Person bekannt sein.

3 Gruppenversicherungsvertrag

Ausgestaltung eines Gruppenversicherungsvertrags

3.1 Welche Mindestanzahl von versicherten Personen ist je Tarif erforderlich?

Für Unternehmen mit **mehr als 10 Mitarbeiter:innen** müssen je Tarif (Tarifierungsgruppen übergreifend) mindestens x Personen über alle objektiv abgrenzbaren Gruppen hinweg versichert werden.

Mindestens 5 versicherte Personen	Mindestens 10 versicherte Personen
Budgetpakete mit Budgethöhe 600 Euro oder mehr*	Budgetpakete mit Budgethöhe 300 Euro*
Zahnbehandlung	Zahnersatz Plus oder Best
Vorsorge	Sehhilfe
VorsorgeExtra	Heilpraktiker
Krankenhaus bei Unfall	Krankenhaus
Krankenhaustagegeld je Tagessatz**	Krankentagegeld
Reise	

* In den Budgetpaketen bKV MeinGesundheitsBudget Plus bzw. Best müssen über alle Budgethöhen jeweils mindestens 10 Personen versichert sein, da die Tarife Zahnersatz Plus/Best Teil dieser Budgetpakete sind. Die Mindestbeteiligung von 10 Personen in bKV Zahnersatztarifen kann auch durch eine Mischung von Budgetpaketen und Bausteinen in verschiedenen Tarifierungsgruppen erreicht werden.

Werden mindestens 2 Gruppen mit Budgetpaketen gebildet, sind auch Budgetpakete mit 300 EUR bereits ab 5 Personen möglich.

****Anrechnungsregel für PKV-Versicherte:** Wenn die Mindestpersonenzahl für Tarif Krankenhaus bei Unfall (ab 5 Personen) oder Tarif Krankenhaus (ab 10 Personen) mit GKV-Versicherten erfüllt ist, können im Tarif Krankenhaustagegeld auch weniger als 5 PKV-Versicherte abgesichert werden. Diese Regel gilt auch für Verträge mit Firmen mit 5-9 Mitarbeiter:innen.

Für die Mindestbeteiligung in den Budgetpaketen werden die Personenzahlen aus den Tarifen MeinGesundheitsBudget **und** MeinGesundheitsBudget kombi (MeinGesundheitsBudget Plus/Best) der gleichen Budgetstufe zusammengezählt.

Beispiele:

- a. Zulässige Konstellation:
10 kaufmännische Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Plus 600
2 Geschäftsführer:innen (PKV): MeinGesundheitsBudget 600

- b. Zulässige Konstellation:
3 kaufmännische Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Plus 600
7 gewerbliche Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Plus 900
2 Geschäftsführer:innen (PKV): MeinGesundheitsBudget 600

- c. Zulässige Konstellation:
8 kaufmännische Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Plus 600
2 Geschäftsführer:innen (PKV): MeinGesundheitsBudget 600

Hinweis: Eigentlich ist die Mindestbeteiligung (10 Personen) für bKV Zahnersatz Plus (im Paket MeinGesundheitsBudget Plus enthalten) nicht erreicht. Um jedoch eine Schlechterstellung gegenüber den Absicherungsmöglichkeiten im Kleinstkollektiv zu verhindern, ist in diesem Grenzfall ausnahmsweise eine Absicherung möglich. Unberührt bleibt bei dieser Ausnahmeregelung, die Annahmepolitik aus dem Kleinstkollektiv. Alle Mitarbeiter:innen im Unternehmen müssen abgesichert und zwei Tarifierungsgruppen (alle Mitarbeiter:innen GKV & alle Mitarbeiter:innen PKV) im GV erfasst werden. Eine individuelle Beschreibung der Tarifierungsgruppen ist nicht zulässig.

- d. Nicht zulässige Konstellation:
8 kaufmännische Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Best 600
2 Geschäftsführer:innen (PKV): MeinGesundheitsBudget 600

Grund: Die Mindestbeteiligung (10 Personen) für bKV Zahnersatz Best (im Paket MeinGesundheitsBudget Best enthalten) ist nicht erreicht.

Bausteinmodell für Firmen mit 5 bis 9 Beschäftigten (Konzept 5-9 Mitarbeiter:innen)

Bei diesen Firmen kann der Arbeitgeber aus den Bausteinen Vorsorge, VorsorgeExtra, Zahnersatz Plus, Zahnbehandlung, Krankenhaus bei Unfall und der Kombination aus Sehhilfe + Heilpraktiker ein Paket von mindestens 3 der 6 Bausteine auswählen. Hierbei ist zu beachten, dass die Kombination Sehhilfe + Heilpraktiker als ein Baustein gezählt wird.

Die Bausteine Krankenhaustagegeld und/oder Reise können noch zusätzlich hinzuversichert werden, zählen aber nicht bei der Mindestanzahl von 3 Bausteinen mit.

Für PKV- Versicherte stehen folgende Tarife offen: Vorsorge, VorsorgeExtra, Sehhilfe + Heilpraktiker sowie Krankenhaustagegeld, Reise.

Beispiel - Das Unternehmen besteht aus 5 GKV-Versicherten und 2 PKV-Versicherten:

- a. Zulässige Konstellation:
5 GKV-Versicherte: Vorsorge, Zahnbehandlung und Sehhilfe + Heilpraktiker (= 3 Bausteine)
2 PKV-Versicherte : Vorsorge, Sehhilfe + Heilpraktiker

- b. Zulässige Konstellation:
2 GKV-Versicherte + 3 PKV-Versicherte: Vorsorge, VorsorgeExtra und Sehhilfe + Heilpraktiker (= 3 Bausteine)

- c. Nicht zulässige Konstellation:
5 GKV-Versicherte: Vorsorge, Zahnbehandlung und Sehhilfe + Heilpraktiker (= 3 Bausteine)
2 PKV-Versicherte: Vorsorge

Grund: Im Konzept für 5-9 Mitarbeiter:innen müssen die PKV-Versicherten dieselben (für PKV-Versicherte offenen) Tarife erhalten wie die GKV-Versicherten.

Budgetmodell/Kombimodell für Firmen mit 5 bis 9 Beschäftigten

Auch Unternehmen mit 5 bis 9 Mitarbeiter:innen können die Tarife bKV MeinGesundheitsBudget sowie MeinGesundheitsBudget Plus mit folgenden Kriterien abschließen:

- Es sind nur die Budgetstufen ab 600 EUR freigegeben.
- Für alle Personen ist einheitlich eine Budgetstufe zu wählen.
- Die gewählte Budgetstufe kann mit folgenden Bausteinen ergänzt werden (einzeln oder in beliebiger Kombination, PKV-Versicherte nur mit zulässigen Bausteinen):
bKV Vorsorge, bKV VorsorgeExtra, bKV Krankenhaus bei Unfall, bKV Krankenhaustagegeld, bKV Reise.

Beispiel

- a. Zulässige Konstellation:
5 GKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget Plus 600
2 PKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget 600

- b. Nicht zulässige Konstellation:
4 GKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget Plus 600
2 PKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget 600

Grund: Die Mindestanzahl im Zahnersatz Plus ist nicht erreicht.

3.2 Wie viele Personen werden beim Tarif Krankenhaustagegeld je Tagessatz benötigt?

Es müssen je Tagessatz 5 versicherte Personen abgesichert werden. Die maximale Absicherungshöhe beträgt 100 EUR pro Tag (Mindestsatz 10 EUR pro Tag) und ist in 5-Euro-Schritten abschließbar.

Achtung: Es existiert darüber hinaus eine Anrechnungsregel für PKV-Versicherte. Wenn die Mindestpersonenzahl für Tarif Krankenhaus bei Unfall oder Tarif Krankenhaus mit GKV-Versicherten erfüllt ist, können in dem Tarif Krankenhaustagegeld auch weniger als 5 PKV-Versicherte abgesichert werden.

3.3 Was muss bei der Bildung von Tarifierungsgruppen beachtet werden?

- Die Abgrenzung der Tarifierungsgruppe muss objektiv sein (z.B. alle leitenden Angestellten, alle Mitarbeiter:innen mit einer Betriebszugehörigkeit von mindestens x Jahren, alle GKV-Versicherten etc.)
- In Summe über alle Tarifierungsgruppen muss pro Tarif die notwendige Mindestanzahl erfüllt sein. Eine Tarifierungsgruppe selbst muss aber nicht diese Mindestanzahl von x Personen beinhalten.

3.4 Müssen bei dem Tarif Krankentagegeld Gruppen je Gehaltsstufe gebildet werden?

Sollen Personen nach unterschiedlichen Tagessätzen versichert werden, empfehlen wir dem Arbeitgeber entsprechende Tarifierungsgruppen mit einer Stichtagsregelung zu bilden. Die geforderte Mindestbeteiligung von 10 Personen gilt dann aber nicht pro Tarifierungsgruppe, sondern für die Summe aller nach Tarif KT versicherten Personen. Die Höhe des maximal möglichen Tagessatzes richtet sich nach dem Nettoeinkommen.

Mögliche Gruppenbildung:

mtl. Nettoeinkommen in EUR	Tageshöchstsätze in EUR
bis 700	5
bis 1.400	10
bis 2.100	15
bis 2.850	20
ab 2.851	25

Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall die Anzahl der Gruppen den administrativen Aufwand des Arbeitgebers erhöhen, da er bei Gehaltsänderungen immer die Gruppenzuordnung prüfen und melden muss.

Alternativ sind auf expliziten Kundenwunsch aber auch Absicherungsmodelle mit einem pauschalen Tagessatz möglich, d. h. alle Mitarbeitenden erhalten unabhängig vom individuellen Gehalt den gleichen Tagessatz. Gegebenenfalls erfolgt bei Beantragung des Gruppenversicherungsvertrags eine

Plausibilitätsprüfung, ob das in der Branche bzw. Tätigkeit erzielbare Einkommen zum Tagessatz passt.

3.5 Ist es möglich Neuanmeldungen immer nur zu einem bestimmten Stichtag zu melden?

Generell ist vorgesehen, dass neue Mitarbeiter:innen sofort bei Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis gemeldet werden. Bei gewünschter Stichtagsmeldung muss die Bezeichnung der Tarifierungsgruppe entsprechend formuliert sein. Ist dies vergessen worden, muss ein Nachtrag zum Gruppenversicherungsvertrag erstellt werden.

Besonders bei Pauschalversteuerung der bKV-Beiträge nach § 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 EStG ist es empfehlenswert eine solche Stichtagsregelung zu wählen.

Erstellung und Erweiterung eines Gruppenversicherungsvertrags (GV)

3.6 Wie wird ein Gruppenversicherungsvertrag (GV) erstellt?

Wenn Sie einen GV für eine Firma mit mehr als 10 Mitarbeitenden beantragen möchten, füllen Sie einfach die „Checkliste zur Beantragung und Einführung der bKV“ aus und senden Sie sie uns über den vorgesehenen Button zu.

Ausnahme: Konzept 5-9 Mitarbeiter:innen

Hierfür muss die vorgefertigte Vorlage „Gruppenversicherungsvertrag für Firmen mit 5-9 Mitarbeiter:innen“ genutzt werden.

3.7 Wie kann ein bestehender GV geändert bzw. um zusätzliche Tarife ergänzt werden?

Tarife, deren Leistungen bisher nicht im GV enthalten sind, können unterjährig zum Monatswechsel ergänzt werden.

Ein Tausch von Tarifen mit ähnlichen/gleichen Leistungen ist nur zum jeweils 01.01. möglich. In diesem Fall erfolgt keine Weiterversicherung.

Nutzen Sie für die Beantragung der Tarifänderung die Funktion „sonstiger Auftrag“ in FirmenOnline. Damit wird die Anfrage an die zuständige Abteilung weitergeleitet und ein Nachtrag zum bestehenden Gruppenversicherungsvertrag erstellt. Alternativ können Sie eine E-Mail an den Gruppenpostkorb Kranken-Firmen@allianz.de schicken.

4 Vertragsverlauf und -verwaltung

Allgemeine Hinweise

4.1 Was passiert, wenn die Anzahl der versicherten Personen unter 10 bzw. 5 fällt?

Die APKV hat in diesem Fall ein außerordentliches Kündigungsrecht. Es werden jedoch immer zuerst die Vermittler:innen kontaktiert, um eine Einschätzung zur Situation und der Firmenverbindung zu bekommen. Auf Basis dieser Informationen wird dann in Abstimmung mit den Vermittler:innen über das weitere Vorgehen entschieden.

An- und Abmeldung von Mitarbeiter:innen

4.2 Wie werden Mitarbeiter:innen angemeldet?

Nach der technischen Installation des Gruppenversicherungsvertrags erhalten die Vermittler:innen eine Bestätigungsmail mit dem Hinweis, dass die Mitarbeiter:innen poliziert bzw. angemeldet werden können. Die Polizierung der Erst- oder Folgemeldung kann über FirmenOnline erfolgen. Die dafür vorgesehene Excelvorlage kann direkt in FirmenOnline heruntergeladen werden. Bitte beachten Sie, dass die Formatierung der Vorlage nicht geändert wird.

Für die Anmeldung über FirmenOnline muss der Firmenkunde bzw. Gruppenversicherungsvertrag vorab freigeschaltet sein.

4.3 Wie schnell werden die Versicherungsbescheinigungen nach Anmeldung versendet?

Unter der Voraussetzung, dass die gesendeten Daten korrekt waren, erfolgt die Polizierung i. d. R. direkt und der Versand der Bescheinigungen am Folgetag.

Wichtig: Das Timing der Mitarbeiterinformation sollte entsprechend gut geplant sein. Die Excel-Liste mit den Mitarbeiterdaten erst hochladen, nachdem die Mitarbeiter:innen informiert worden sind.

4.4 Wie können Mitarbeiter:innen abgemeldet werden?

- Die Abmeldung kann über das digitale Arbeitgeber-Portal FirmenOnline erfolgen. Dafür muss der Firmenkunde bei FirmenOnline freigeschaltet sein. Über das Portal können Sie oder Ihr Firmenkunde die Abmeldungen beauftragen. Diese werden dann automatisch verarbeitet und reduzieren die Bearbeitungszeiten.
- Nutzen Sie alternativ bei mehreren Vorgängen das bKV-Tool für Bestandsänderungen. Sie finden das Tool im Vertriebsportal.

Sonderfälle bei versicherten Personen

4.5 Was ist zu tun, wenn Mitarbeiter:innen bereits eine Krankenzusatzversicherung haben (Doppelversicherung)?

Wenn bei Abschluss der bKV bereits eine Zusatzversicherung besteht, haben Mitarbeiter:innen folgende Optionen:

1. Haben Mitarbeiter:innen durch eine private Absicherung einen ausreichenden Schutz, können sie:
 - den entsprechenden bKV-Baustein innerhalb von 2 Monaten nach Vertragsbeginn rückwirkend aufheben lassen oder
 - nach Ablauf der 2 Monate den bKV-Baustein zum Ende des aktuellen Monats stornieren.

Dies gilt nur für Doppelversicherungen, die zu Beginn der bKV bestehen. Hierfür einen Nachweis der Doppelversicherung über den Gruppenpostkorb bkv.antrag@allianz.de einreichen. Eine individuelle Beratung zu den Vor- und Nachteilen wird empfohlen.

2. Haben Mitarbeiter:innen durch die betriebliche Krankenversicherung einen ausreichenden Schutz, können sie den privaten Vertrag stornieren oder auf Anwartschaft umstellen, sofern eine Anwartschaftsversicherung für den jeweiligen Tarif grundsätzlich möglich ist. Die Regeln für Verträge bei anderen Versicherungsgesellschaften müssen dort individuell von den Mitarbeiter:innen erfragt werden.

bKV- und Nicht-bKV-Versicherung bestehen bei der APKV

Anwartschaft

Die Nicht-bKV-Versicherung kann in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden (bei einem Krankentagegeld-Tarif kann auch der Tagessatz reduziert und auf Anwartschaft gestellt werden).

Storno der Nicht-bKV-Tarife bei der APKV

Die "Nicht-bKV-Tarife", die bei der APKV zur Doppelversicherung führen, können ausnahmsweise außerordentlich storniert werden. Frühestens jedoch zum Ende des Monats, in dem die Kündigung eingeht. Die übrigen "Nicht-bKV-Tarife" bleiben bestehen, soweit dies gemäß den Versicherungsbedingungen und den Verkaufsrichtlinien zulässig ist.

Hinweis: Es gilt eine 2-Monatsfrist für das Storno ab Beginn der Doppelversicherung.

Die Nicht-bKV-Versicherung besteht bei der APKV, die bKV-Versicherung bei einem Mitbewerber

Eine Anwartschaftsversicherung auf die Nicht-bKV-Versicherung ist möglich, wenn ein Nachweis der Mitbewerber-bKV vorgelegt wird (auch hier gilt eine Frist von 2 Monaten). Das Storno der Nicht-bKV-Versicherung ist möglich, allerdings nur als „ordentliche“ Kündigung.

3. In den Bedingungen der APKV gibt es keine Einschränkungen hinsichtlich der Erstattungsreihenfolge oder der generellen Zulässigkeit einer Doppelversicherung. Die Mitarbeiter:innen können somit bei beiden Versicherungen die Rechnung einreichen und Leistungen beziehen. Dabei ist jedoch das Bereicherungsverbot zu berücksichtigen, gemäß dem in Summe nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages ausgezahlt werden darf.

Nach Einführung der bKV ist es nicht erlaubt, private Tarife mit gleichem oder ähnlichem Leistungsspektrum zusätzlich abzuschließen und damit wissentlich in die Überversicherung zu gehen.

4.6 Was ist zu tun, wenn Mitarbeiter:innen die bKV vom Arbeitgeber nicht möchten?

Sollten Mitarbeiter:innen die bKV vom Arbeitgeber nicht annehmen wollen, können sie sich für einen Widerruf des Gesamtpaketes an ihren Arbeitgeber (VN) wenden. Der Widerruf gegenüber der APKV kann nur vom Arbeitgeber (VN) erklärt werden. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem der Arbeitgeber alle Vertragsunterlagen (Versicherungsschein, Sammelpolice) erhalten hat. Die Mitarbeiter:innen haben nachträglich keinen Anspruch mehr auf eine bKV. Eine entsprechende arbeitsrechtliche Dokumentation in der Personalakte wird dem Arbeitgeber empfohlen.

Wichtig: Es kann nur dem ganzen Paket widersprochen werden und nicht einzelnen Bausteinen. Ausnahme Doppelversicherung, hier kann auch nur dem doppelt versicherten Baustein widersprochen werden.

4.7 Was passiert in entgeltfreien Zeiten, wie längerer Krankheit, Elternzeit, Pflegezeit oder Sabbatical?

Der Arbeitgeber hat seit der neuen Tarifgeneration (Einführung Juli 2018) folgende drei Möglichkeiten mit dieser Situation umzugehen:

- **Beitragsbefreiung:** In entgeltfreien Zeiten haben Mitarbeiter:innen weiterhin Leistungsanspruch, aber die Firma zahlt keine Beiträge. Die Option Beitragsbefreiung ist Standard in allen bKV-Tarifen/-Paketen. Der rechnerische Mehrbeitrag von 2% (Budgettarife, KT) oder 4% (alle anderen bKV-Tarife) für den Baustein Beitragsbefreiung ist in den Monatsbeiträgen, die in den Verkaufsunterlagen ausgewiesen sind, bereits inkludiert.
- **Ruhen:** In entgeltfreien Zeiten wird der Vertrag ruhend gestellt. Die Firma zahlt keine Beiträge, aber die Mitarbeiter:innen haben auch keinen Leistungsanspruch. Auf Wunsch können die Mitarbeiter:innen den Vertrag zu Einzelvertragskonditionen in dieser Zeit fortführen.
- **Weiterzahlen:** Die Firma kann auch in entgeltfreien Zeiten den Beitrag weiterzahlen. Entsprechend haben die Mitarbeiter:innen selbstverständlich weiterhin Leistungsanspruch.

Weitere Details zu den Optionen „Ruhen“ und „Beitragsbefreiung“ finden sich in der folgenden Tabelle:

	Ruhen	Beitragsbefreiung
--	-------	-------------------

Umsetzung	In allen bKV Tarifen/Paketen möglich	Standard, für alle Tarife zu wählen, eigene AVB
Anlässe bei Krankheitskostentarifen	Arbeitsunfähigkeit, Sabbatical, Elternzeit und Pflegezeit	
Anlässe bei KT-Tarif	Sabbatical, Elternzeit, Pflegezeit	Arbeitsunfähigkeit*
Max. Dauer je Anlass	36 Monate	
Beginn und Ende	<p>Ab 01. des Monats, der auf den Anlass folgt, bis zum Ende des Monats, in dem der Anlass endet.</p> <p>Beginnt der Anlass am 01. eines Monats, setzen Ruhen / Beitragsbefreiung bereits am 01. ein.</p> <p>Beispiele für Krankheitskostentarife:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Monat Elternzeit vom 18.07. bis 17.08. > Ruhen / Beitragsbefreiung vom 01.08. bis 31.08. • Arbeitsunfähigkeit (nach Lohnfortzahlung) vom 07.09. bis 27.09. > kein Ruhen / Beitragsbefreiung. • Arbeitsunfähigkeit vom 21.09. bis 10.10. > Ruhen / Beitragsbefreiung vom 01.10. bis 31.10. • Sabbatical vom 01.10. bis 31.03. > Ruhen / Beitragsbefreiung vom 01.10. bis 31.03. 	
Geltendmachung	Meldung durch den Arbeitgeber erforderlich (Name, Geburtsdatum, ideal: bKV Versicherungsnummer der Mitarbeiter:in, Anlass, Beginn des Anlasses, voraussichtliche Dauer). Einfach über FirmenOnline oder direkt an bkv.antrag@allianz.de	

* kein Ruhen im Fall von Arbeitsunfähigkeit möglich, da ansonsten kein KT ausgezahlt werden würde.

4.8 Was passiert bei Ausscheiden der Mitarbeiter:innen aus dem versicherten Personenkreis?

Scheiden Mitarbeiter:innen aus dem versicherbaren Personenkreis des GVs aus (z.B. bei Arbeitgeberwechsel, Renteneintritt etc.), können sie innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsschutzes auf eigenen Namen und eigene Rechnung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu entsprechend höheren Beiträgen beantragen.

Achtung: Bei den Zahntarifen fallen Zahnstaffeln an (Vorversicherungszeit wird angerechnet).

Nutzen Sie für die Weiterversicherung bitte den Weiterversicherungsantrag (SO-51-030Z0).

5 Datenschutz und „Erklärungen zur Datenverarbeitung“

5.1 Wo finden sich die Erklärungen zur Datenverarbeitung und wie sind sie einzureichen?

Gesundheitsdaten dürfen nach Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erst erhoben und verarbeitet werden, wenn die versicherte Person ihre Einwilligung gegeben hat.

Um einen unkomplizierten Abschluss der bKV zu gewährleisten, wird vor Vertragsschluss keine Einwilligungserklärung eingeholt.

Im „Begrüßungsanschreiben“, mit dem versicherte bKV-Mitarbeiter:innen ihre Versichertenbescheinigung erhalten, werden versicherte Personen auf die Erfordernis der Einwilligungserklärung hingewiesen. **Am besten direkt nach Versicherungsbeginn**, spätestens aber mit der ersten Rechnungseinreichung müssen Mitarbeitende einmalig ihre Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung abgegeben haben, **andernfalls kann keine Erstattung erfolgen**.

5.2 Wie kann die Einwilligungserklärung abgegeben werden?

Versicherte können ihre Einwilligungserklärung einfach **digital über die Allianz Gesundheits-App** abgeben. Dazu müssen sie die App kostenfrei herunterladen und sich einmalig registrieren. Zudem geben die Nutzer:innen direkt in der App ihre Bankverbindung an.

Auf besonderen Wunsch können Versicherte ihre Einwilligung auch **per Post** abgeben. Dazu müssen die Versicherten das Service-Team kontaktieren (Telefon 08 00.5 89 33 96, Kontaktdaten stehen im „Begrüßungsanschreiben“ der Allianz).

Beide Möglichkeiten zur Abgabe der Einwilligungserklärung (App, Post) werden den Versicherten im Erstanschreiben erläutert.

5.3 Warum müssen Mitarbeiter:innen die Erklärung unterschreiben?

Ohne die Zustimmung der versicherten Mitarbeiter:innen kann die Allianz den Erstattungsantrag, also die Erstattung der Kosten der ärztlichen Behandlung, nicht bearbeiten. Die von den Mitarbeiter:innen einzureichenden Belege, wie Arztrechnungen, enthalten regelmäßig Gesundheitsdaten. Der Gesetzgeber verlangt von uns, dass wir eine Einwilligung für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von den bKV-Versicherten einholen.

Besonderer Hinweis: Bei Policierung der Tarife **bKV Krankenhaus** oder **bKV Krankenhaus bei Unfall** ist es besonders wichtig, dass die Versicherten ihre Einwilligungserklärung direkt nach Versicherungsbeginn abgeben. **Andernfalls kann das Krankenhaus im Leistungsfall nicht direkt mit der Allianz abrechnen.** Liegt im Leistungsfall Krankenhausbehandlung / stationärer Aufenthalt bisher keine Einwilligungserklärung vor, erhält der Versicherte die – meist hohe – Krankenhausrechnung zunächst selbst. Bei Rechnungseinreichung erhält der Versicherte auch hier das entsprechende Formular per Post.

5.4 Entspricht die Erklärung einem branchenweiten Standard?

Ja. Sie wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) erstellt.

5.5 Gilt die Erklärung für alle Tarife der bKV?

Ja, die Erklärungen zur Datenverarbeitung wurden für alle Tarife der betrieblichen Krankenversicherung formuliert, so dass wir unseren Versicherten nicht eine Vielzahl marginal abweichender Erklärungen je versichertem Tarif zumuten müssen.

5.6 Ist die Erklärung eine generelle Freigabe sämtliche Gesundheitsdaten nach Bedarf weiterzugeben?

Nein. Wir verwenden die Daten ausschließlich zu den in den Erklärungen zur Datenverarbeitung sowie den „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“ genannten Zwecken, also v.a. der Bearbeitung des Erstattungsantrags und der Vertragsverwaltung.

5.7 Werden mit der Erklärung die Ärztinnen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht befreit?

Nein. Eine Schweigepflichtentbindung von Ärzt:innen sowie anderen schweigepflichtigen Stellen ist nicht Bestandteil der Erklärungen zur Datenverarbeitung. Sollten wir ausnahmsweise einmal für einen konkreten Leistungsfall Kontakt mit Ärzt:innen einer versicherten Person aufnehmen müssen, müssen wir den betreffenden Versicherten vorab davon in Kenntnis setzen und um Zustimmung bitten. Die jeweilige versicherte Person kann dann einwilligen, dass wir direkt mit den Ärztinnen und Ärzten in Kontakt treten dürfen. Alternativ kann die versicherte Person sämtliche zur Bearbeitung des Erstattungsantrags erforderlichen Informationen auch selbst beschaffen und uns zur Verfügung stellen. Im Versicherungsvertragsgesetz gibt es dazu auch eine Regelung, die dem Versicherten eine Mitwirkungspflicht zur Sachverhaltsklärung im Leistungsfall auferlegt.

Wenn die versicherte Person der Schweigepflichtentbindung für diesen Leistungsfall nicht einwilligt und die angeforderten Unterlagen auch nicht zur Verfügung stellt, können wir als Versicherer die Leistung für diesen Leistungsfall zunächst nicht erbringen. Daher empfehlen wir auf die Mitwirkungspflicht auch in der arbeitsrechtlichen Zusage zu verweisen.

5.8 Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen die Erklärung nichtabgeben?

Bei der Rechnungseinreichung über die Allianz Gesundheits-App, wird automatisch geprüft, ob die Einwilligungserklärung vorliegt. Sollte dies nicht der Fall sein, kann die Erklärung digital direkt in der App abgegeben werden.

Wenn bei Rechnungseinreichung per Post keine Einwilligungserklärung vorliegt, erhält der Versicherte das entsprechende Formular per Post. Der Versicherte kann die Einwilligungserklärung dann entweder über das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Post zurück-schicken oder schneller noch direkt über die Allianz Gesundheits-App abgeben. Die Leistungsabrechnung erfolgt dann umgehend.

Wird die Erklärung zur Datenverarbeitung **nicht** abgegeben, können wir generell keine Erstattungsanträge bearbeiten und den Mitarbeiter:innen keine Erstattungszahlung zukommen lassen. Die APKV behält sich in diesem Fall vor, den Versicherungsvertrag der betreffenden Personen rückwirkend aufzuheben.

5.9 Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen die Erklärung später widerrufen?

Die Erklärungen zur Datenverarbeitung sind für die Durchführung des Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Mitarbeiter:innen diese nicht abgeben wollen oder später widerrufen, ist die Durchführung des Vertragsteiles, insbesondere die Bearbeitung des Erstattungsantrages dieser Mitarbeiter:innen nicht möglich.

5.10 Warum müssen Mitarbeiter:innen uns eine Freigabe zur Weitergabe der Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers erlauben?

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Gesundheitsdaten sowie der für die Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insofern haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei die von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir die Schweigepflichtsentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

5.11 Was ist bei der Übermittlung von Mitarbeiterdaten an die APKV durch den Arbeitgeber zu beachten?

- Alle Unternehmen, die personenbezogene Daten kontrollieren oder selbst beziehungsweise im Auftrag eines anderen Unternehmens verarbeiten, müssen die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und Bundesdatenschutzgesetz befolgen – auch wenn sie außerhalb der EU ansässig sind.
- Die DSGVO und das Bundesdatenschutzgesetz sind bei der Übermittlung von Mitarbeiterdaten durch den Arbeitgeber an die APKV zu beachten.
- Die Übermittlung vom Arbeitgeber an die APKV ist nur rechtmäßig, wenn entweder:
 1. die schriftliche und freiwillige Einwilligung der Mitarbeiter:innen zu der Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegt und der Arbeitgeber den Mitarbeiter:innen über den Zweck der Datenverarbeitung und über ihr jederzeitiges Widerrufsrecht in Textform aufgeklärt hat oder
 2. die Datenübermittlung an die APKV in einer Betriebsvereinbarung geregelt ist oder
 3. wenn dies zur Erfüllung der sich aus einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung (Kollektivvereinbarung) ergebenden Rechte und Pflichten der Interessenvertretung der Beschäftigten erforderlich ist
- Die Mitarbeiter:innen haben gegenüber ihrem Arbeitgeber ein Informationsrecht über die Datenverarbeitung und ein umfangreiches Auskunftsrecht über die betreffenden personenbezogenen Daten.
- Diese Bestimmungen zum Datenschutz sollten auch in einer arbeitsrechtlichen Regelung verankert werden.

6 Steuer- und Arbeitsrecht

Für Informationen zur steuer- und arbeitsrechtlichen Behandlung der bKV nutzen Sie bitte das „Handbuch Steuern & Arbeitsrecht bKV“.

Darüber hinaus finden Sie im Vertriebsportal verschiedene arbeitsrechtliche Mustervorlagen.

Wir empfehlen grundsätzlich den Steuerberater bzw. die Steuerberaterin vor dem Abschluss einer bKV einzubinden.