

Krankheitskosten- versicherung

Kurzübersicht

Nachfolgende Kurzübersicht gibt einen **groben Überblick** über den Versicherungsschutz des Tarifs AZ+.

Zahnersatz
- 35 %

Inlays
- 65 %

Die erstattungsfähigen Aufwendungen und die Höhe der Leistungen **im Detail** ergeben sich aus den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Tarif AZ+

Ergänzungstarif für Zahnersatz und Inlays

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben

Stand 01.01.2013

Der **Tarif AZ+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

Inhaltsübersicht

Seite

	Seite
Versicherungsfähigkeit	2
1. Leistungen	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2 Höhe der Leistungen	2
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	2
2.2 Aufnahmehöchstalter	2
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)	
4.1 Der Versicherungsschutz	2
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	2
4.3 Ende der Versicherung	2

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif AZ+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

a) Zahnersatz (Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Implantate - nicht jedoch für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze¹ der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig;

b) Inlays.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze¹ der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.

Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000,00 EUR überschreiten werden.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.1 a):zu 35 %;
b) für Inlays gemäß Ziffer 1.1 b):.....zu 65 %;
einschließlich der Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe dürfen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

Die Leistungen für Zahnersatz und Inlays sind in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,00 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Leistung der GKV.

¹ Das ist der 3,5fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 2,5fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,3fache Satz.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.19 b) Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt: Der Beitrag für Kinder (0-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51- zu zahlen.

4.24 Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer aufgrund einer Auslandsreisekrankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreisekrankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst, so endet die Versicherung nach dem Tarif AZ+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Heilfürsorge dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.