

Tarif AOK-denty E

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB).

I. Allgemeines

1. Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen (siehe auch IV. Nummer 1).
3. Neben dem Tarif AOK-denty E darf keine weitere Versicherung, die Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen zum Gegenstand hat, bestehen (siehe auch IV. Nummer 2).

II. Versicherungsleistungen

1. Zahnersatz

a) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung entstehenden Aufwendungen für Zahnersatz.

b) Erstattungshöhe und -voraussetzung

Erstattet werden

50 %

der von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbrachten Leistungen.

Dabei werden die Leistungen nur insoweit berücksichtigt, wie sie auf der Grundlage der Regelversorgung der GKV und der auf sie entfallenden Beträge nach §§ 55, 56 SGB V vorgesehen sind.

Die Leistungen von GKV und UKV dürfen zusammen 90 % der entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

In den ersten drei Versicherungsjahren ist die Erstattung auf jeweils höchstens 385 EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt, wenn die Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Die Aufwendungen sind durch die Vorlage der Originalrechnung mit dem entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV nachzuweisen.

Die UKV ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die GKV Leistungen erbracht hat.

2. Sehhilfen

Die Aufwendungen für Brillen sowie Kontaktlinsen werden **zu 60 %**

bis zu 130 EUR innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren erstattet.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Aufwendungen innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen wird, zurückgerechnet.

Die Leistungen für Sehhilfen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV übernommen werden, nachzuweisen.

3. Auslandsreisen

Erstattungsfähig

zu 100 %

sind bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während vorübergehender Reisen bis zu jeweils acht Wochen Dauer.

Hierzu gehören Aufwendungen für:

Ambulante und stationäre Behandlung

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie)
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
- medizinisch notwendiger Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus oder Arzt
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen.

Krankenrücktransport

Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland werden erstattet, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten

ten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Bestattungskosten

Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz bis zu

10.320 EUR

erstattet.

Soweit im Versicherungsfall nach Nummer 3 ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Ersatzkrankhaustagegeld

Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger übernommen, so zahlt der Versicherer ein Krankhaustagegeld von

20,45 EUR.

III. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

IV. Beendigung des Versicherungsschutzes

1. Das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif endet zum Ende des Monats, in dem die Anzeige über den Wegfall der GKV-Mitgliedschaft beim Versicherer eingeht.
2. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung, die Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen zum Gegenstand hat, darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Absatz 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

V. Sonstige Bestimmungen

Für Versicherungsschutz während Auslandsreisen (II. Nummer 3) gelten folgende Abweichungen von den AVB:

Zu § 1 Absatz 4 AVB Versicherungsschutz im Ausland

An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB gilt für den Versicherungsschutz auf Auslandsreisen Folgendes:

Als Ausland gilt nicht die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf der achten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.

Zu § 3 AVB Wartezeiten

Abweichend von § 3 Absatz 2 und Absatz 3 AVB entfallen für Behandlungen auf Auslandsreisen die Wartezeiten.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|---|
| AVB | Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankhaustagegeldversicherung |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| VVG | Gesetz über den Versicherungsvertrag |
| SGB V | Sozialgesetzbuch Fünftes Buch |