

Tarif AOK-ZahnOnTOP

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, 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. Die Versicherung im Tarif AOK-ZahnOnTOP endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Leistungen für Zahnersatz

Erstattet werden

50 %

der von der GKV oder einer sie ersetzenden privaten Zahnersatzversicherung (§ 58 SGB V) erbrachten Leistungen. Dabei werden die Leistungen nur insoweit berücksichtigt, wie sie auf Grundlage der Regelversorgung der GKV und der auf sie entfallenden Beträge nach §§ 55, 56 SGB V vorgesehen sind.

Darüber hinaus wird für Inlay-Zahnfüllungen und Onlays sowie die dazugehörige zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistung, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten, ein fester Betrag von 120 EUR pro betroffenem Zahn erstattet.

Die Erstattung ist zusammen mit den Leistungen der GKV und/oder einer privaten Zahnersatzversicherung auf insgesamt 90 % der entstandenen Aufwendungen begrenzt.

In den ersten drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn ist die Erstattung auf 385 EUR jährlich begrenzt. Die Begrenzung gilt nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachträglich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Höchstsätze nicht angerechnet.

Der Versicherer ist außer bei Inlay-Zahnfüllungen und Onlays zur Leistung nur verpflichtet, wenn die GKV oder die sie ersetzende private Zahnersatzversicherung (§ 58 SGB V) Leistungen erbracht hat.

Die Aufwendungen sind durch Vorlage der Originalrechnung mit dem entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV und/oder einer privaten Zahnersatzversicherung nachzuweisen.

Der Erstattungsbetrag für Inlay-Zahnfüllungen und Onlays kann unter den Voraussetzungen des § 178 g Absatz 3 und 4 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Bedingungen angepasst werden.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.
2. 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.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

IV. Obliegenheiten

Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung, die Leistungen für Zahnersatz zum Gegenstand hat, darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer nach § 6 Absatz 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag