

Tarif AOK-ZahnPLUS

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

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

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-ZahnPLUS endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Erstattet werden

80 %

der Aufwendungen für ärztlich verordnete Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 200 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren.

Hierbei werden die erstattungsfähigen Aufwendungen im Kalenderjahr, in dem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wird, und die aus den zwei vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Die Leistungen für Sehhilfen nach diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen für Sehhilfen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, nachzuweisen.

2. Zahnersatz

a) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung die Aufwendungen für:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen)
Zahnkronen und Brücken sind in metallischer Ausführung mit Verblendung und in vollkeramischer Ausführung bis zum Zahn fünf erstattungsfähig, ab Zahn sechs ohne Verblendung.
- Inlay-Zahnfüllungen und Onlays

- Implantate

Erstattungsfähig sind bis zu sechs Implantate im Oberkiefer und bis zu vier Implantate im Unterkiefer.

Sind als Zahnersatz vier oder mehr Implantate je Kiefer erforderlich, sind auch die damit in Verbindung stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Gnathologie) erstattungsfähig.

- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, zahnärztlich verordnete Arzneimittel sowie Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, die unmittelbar zur Versorgung mit erstattungsfähigem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme von funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Gnathologie)
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz umfassen auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialkosten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für den Tarif AOK-ZahnPLUS aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen.

Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten 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.

b) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden

40 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen auf der Grundlage eines genehmigten Heil- und Kostenplanes.

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

Für Zahnersatz, Inlay-Zahnfüllungen, Onlays und die damit in Verbindung stehende zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistung ist die Erstattung in den ersten drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn auf insgesamt 1.000 EUR begrenzt. Ab dem vierten Kalenderjahr erfolgt eine Begrenzung der Erstattung auf 5.000 EUR in drei Kalenderjahren.

Die gleichen Begrenzungen gelten für Implantate und die damit in Verbindung stehende zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistung.

Hierbei werden die Erstattungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den beiden vorhergehenden Kalenderjahren zusammen gerechnet.

Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Höchstsätze nicht angerechnet.

Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit und einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer wird diesen Kostenvorschlag umgehend prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Leistungsumfang verbindlich bekannt geben.

Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Maßnahmen eingereicht oder beginnt der Versicherte mit den Maßnahmen, bevor der Versicherer den vertraglichen Leistungsumfang verbindlich bekannt gegeben hat, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistungen ersetzt.

3. Auslandsreisen

a) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall während vorübergehender Reisen bis zu einer Dauer von jeweils 60 Tagen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- ambulante und stationäre Behandlung
 - ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen und Hausbesuche einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten – mit Ausnahme für die Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie für psychoanalytische, psychosomatische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - ärztlich verordnete Heilmittel (Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen) bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden, bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall
 - Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung

- medizinisch notwendiger Transport oder Verlegung durch anerkannte Rettungsdienste zum nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

- schmerzstillende Zahnbehandlung

● Krankenrücktransport

Erstattungsfähig sind die Mehraufwendungen eines medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Zusätzlich werden Mehraufwendungen für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

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

Mehraufwendungen sind die Aufwendungen, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

● Rückführung und Bestattung im Todesfall

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

c) Sonstige Bestimmungen

- An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/VT gilt für den Versicherungsschutz auf Auslandsreisen Folgendes:
 - Als Ausland im Sinne von Abschnitt II Ziffer 3 dieses Tarifes gilt nicht die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
 - Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf des 60. Tages 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.
- Abweichend von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/VT entfallen für Behandlungen auf Auslandsreisen die Wartezeiten.
- Ergänzend zu den in § 5 AVB/VT genannten Leistungsausschlüssen besteht für Auslandsreisen, für deren Antritt ein Grund die Heilbehandlung im Ausland war, kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt bei Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bereits feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
- Soweit im Versicherungsfall 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.

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

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.

IV. Obliegenheiten

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, 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
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag