

Krankheitskosten- versicherung

Tarif AZ	Inhaltsübersicht	Seite
	Versicherungsfähigkeit	2
<i>Ergänzungstarif für Zahnersatz und Inlays</i>		
<i>für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören</i>		
<i>Stand 01.01.2011</i>		
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 11).	1. Leistungen	
	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
	1.2 Höhe der Leistungen	2
	1.3 Bonusleistung	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 11)	
	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.

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 'Regelhöchstsätze' der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind im Rahmen des jeweils gültigen bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses zahntechnischer Leistungen (BEL) erstattungsfähig;
- b) Inlays.
Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der 'Regelhöchstsätze' der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind bis zu den ortsüblichen 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 dürfen 90 % 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.

1.3 Bonusleistung

Versicherte, die Anspruch auf einen in der Satzung ihrer gesetzlichen Krankenversicherung geregelten Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) haben, weil sie regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen ihrer GKV zur primären Prävention in Anspruch genommen haben, erhalten eine Bonusleistung. Sie wird gezahlt, wenn die betreffende versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach diesem Tarif versichert war und das Versicherungsverhältnis am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres ungekündigt ist.

Die Bonusleistung beträgt einen Monatsbeitrag und wird für jedes Kalenderjahr einmalig gezahlt, in dem ein Anspruch auf einen Bonus nach § 65 a Abs. 1 SGB V besteht. Maßgebend ist der Beitrag, der für diesen Tarif im Monat Dezember des entsprechenden Jahres zu zahlen war.

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 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

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

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

Das Bestehen des Anspruchs auf einen Bonus nach § 65 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) ist für jedes Kalenderjahr durch eine Bescheinigung der GKV nachzuweisen. Der Nachweis ist dem Versicherer erst im Folgejahr für jede versicherte Person einzureichen.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 11 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, so endet die Versicherung nach dem Tarif AZ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

¹ Das ist der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz.