

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif EZ-Comf-Easy mit Tarifbedingungen

– Stand: 1. Juli 2024 –

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

In den Beiträgen dieses Tarifs ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung nach § 1 Abs. 6, § 8 a Abs. 2 und § 13 Abs. 4 MB/KK 2009 enthalten. Beitragsanpassungen richten sich nach § 8 b MB/KK 2009 in Verbindung mit Abschnitt III Nr. 3.10.

II. Versicherungsleistungen

A. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Der Versicherer erstattet ausgehend vom Rechnungsbetrag Aufwendungen für die Nummer 1 mit 100 Prozent und für die Nummern 2 bis 5 mit 30 Prozent (einschließlich Reparaturen und Provisorien).

1. Endodontische Behandlung (Wurzelkanalbehandlung und Wurzelspitzenresektion) bis zu 5.000 Euro je Kalenderjahr
2. Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen sowie Veneers, Suprakonstruktionen) auch aus Keramik
3. Implantate (einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial)
4. Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik)
5. Einlagefüllungen (Inlays, Onlays) auch aus Keramik

se) mit 100 Prozent bis zu 500 Euro je Kalenderjahr für Maßnahmen nach Buchstabe A, Nummer 3.

Anmerkungen zu A, B und C

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

B. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen mit 100 Prozent bis zu 1.000 Euro je Kalenderjahr für Maßnahmen nach Buchstabe A, Nummern 2, 3 und 5.

Sehen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), andere Versicherungstarife oder sonstige Leistungsträger Leistungen vor, so sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Nimmt die versicherte Person diese vorrangigen Leistungen nicht in Anspruch, rechnet der Versicherer sie dennoch an und erstattet nur darüber hinausgehende Aufwendungen.

Die tarifliche Erstattungsleistung ist zusammen mit den Leistungen der GKV sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100 Prozent des Rechnungsbetrags begrenzt.

C. Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Sedierungen (Analosedierung, Lachgassedierung) und Narkosen (Intubationsnarkose, Vollnarkose).

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung eines deutschen Leistungsträgers verfügen.

Voraussetzung für die Versicherung nach Tarif EZ-Comf-Easy ist das Bestehen oder der gleichzeitige Abschluss einer Versicherung nach dem Tarif EZ70-Easy.

Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versicherte Personen sind nicht versicherungsfähig.

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

Zur Berechnung der Beiträge gilt als tarifliches Lebensalter bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Der Beitrag nach Tarif EZ-Comf-Easy ist in die Beitrags-

altersgruppen 0 bis 13 Jahre, 14 bis 17 Jahre gestaffelt und ab dem vollendeten 18. Lebensjahr beginnt alle fünf Jahre eine neue Beitragsaltersgruppe (beispielsweise 18 bis 22 Jahre, 23 bis 27 Jahre usw.).

Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauffolgenden Monatsersten an der dann für diese Beitragsaltersgruppe gültige Beitrag zu zahlen.

3 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

3.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

3.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang, solange die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.

3.3 Zu § 3 Abs. 3 MB/KK 2009: Wartezeiten
Bei unfallbedingten Aufwendungen entfallen die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009.

3.4 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet wird. Arznei- und Verbandmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

3.5 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.

3.6 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht
§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

3.7 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 leistet der Versicherer für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

3.8 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus Deutschland – den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Die Belege müssen die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Die besonders berechneten zahntechnischen Leistungen müssen aus den Belegen ersichtlich sein.

Beteiligen sich andere Leistungsträger an den Aufwendungen, sind Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Der Versicherer ist nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

3.9 Zu § 8 Abs. 1 und 5, § 13 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahrs
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses beeinflussen nicht den Beginn und das Ende des Versicherungsjahrs.

3.10 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als zehn Prozent, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als fünf Prozent kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Bei der Berechnung der Beiträge wird die vom Bundesministerium für Finanzen nach § 160 VAG erlassene KVAV sinngemäß angewandt. Hierbei wird berücksichtigt, dass dieser Tarif nicht nach Art der Lebensversicherung, das heißt ohne Alterungsrückstellung, kalkuliert ist.

3.11 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

3.12 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes
Die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

4 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in den §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.