

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif EZ70plus mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. März 2020 -

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.

II. Versicherungsleistungen

1. Mit 70 % erstattet der Versicherer ausgehend vom Rechnungsbetrag Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für:

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen sowie Veneers, Suprakonstruktionen) auch aus Keramik
- Implantate (einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial)
- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik)
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays) auch aus Keramik sowie Reparaturen und Provisorien.

2. Mit 100 % erstattet der Versicherer Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach der Nummer 1040 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für alle Zähne bis zu zweimal im Kalenderjahr.

Anmerkung zu 1 und 2

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die der 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.

Die tarifliche Erstattungsleistung ist zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

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.

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

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

2.1 Bei Versicherungsbeginn oder Änderung der Versicherung – auch bei einer Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

2.2 Für Kinder und Jugendliche gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige niedrigste Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

3 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung wird nach den Vorschriften des VAG vorgenommen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

4 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

4.1 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 Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

4.2 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.

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

4.4 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.

4.5 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.

4.6 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 Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

4.7 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.

4.8 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen 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 dem Inland – 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 be-

rechneten zahntechnischen Leistungen müssen aus den Belegen ersichtlich sein.

Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein.

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

4.9 Zu § 8 Abs. 1 und 5, § 13 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

4.10 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 10 %, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

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

4.12 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.

5 Ende der Versicherung

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