

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif ZE50 mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

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

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

II. Versicherungsleistungen

Mit 50 % werden ausgehend vom Rechnungsbetrag Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen erstattet bei:

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen, Suprakonstruktionen)
- Implantaten
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays) sowie Kompositfüllungen mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik sowie Reparaturen und Provisorien.

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen, die in den Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ und GOÄ) in

den jeweils gültigen Fassungen aufgeführt sind. Nicht erstattet werden von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen, Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen sowie Vergütungen mit begründungspflichtigen Gebührensätzen, bei denen die Begründung fehlt.

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

III. Tarifbedingungen

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung verfügen.

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

2 Beitragsfestsetzung

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

Für Kinder und Jugendliche gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des 15. Lebensjahres ist ab dem nächsten Monatsersten der Beitrag für Jugendliche zu zahlen. Nach Vollendung des 20. Lebensjahres wird ab dem folgenden Monatsersten der niedrigste Erwachsenenbeitrag erhoben.

3 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im

Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. 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 gilt der Versicherungsschutz auch außerhalb Europas ohne besondere Vereinbarung.

4.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

4.3 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Medizinische 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 die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

4.4 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.

4.5 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originale der Rechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Zahnarztes, 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 betroffenen Zähne und der an ihnen vorgenommenen Maßnahmen tragen.

Aus den Rezepten müssen der Name der versicherten Person, die verordneten Arzneimittel, der jeweilige Preis und der Quitungsvermerk eindeutig hervorgehen.

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Beteiligt sich ein anderer Kostenträger an den Aufwendungen, sind Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Die Debeka ist nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

4.6 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 Versiche-

ungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses beeinflussen nicht Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

4.7 Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009: Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 0,50 EUR.

4.8 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 werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit 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.

4.9 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

4.10 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes

Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

5 Ende der Versicherung

Die Versicherung nach diesem Tarif endet - unabhängig von den Regelungen der §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 - mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit (s. Abschnitt III Nr. 1).