Tarif denty plus

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte ab dem Geburtsjahr 1979

Stand: 01.01.1999, 335529(V920), 07.2016

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die nach dem 31.12.1978 geboren und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Der Versicherer verpflichtet sich, diese Personen zu versichern, wenn ein entsprechender Antrag für Neugeborene innerhalb von 12 Monaten ab dem Tag der Geburt gestellt worden ist.

Wird der Antrag auf Versicherung nicht innerhalb der vorstehend bezeichneten Frist gestellt, kann der Versicherer den Antrag ablehnen oder bei erhöhtem Risiko die Annahme des Antrages von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig machen.

II. Versicherungsleistungen

1. Zahnersatz

a) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Aufwendungen für:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen) mit Ausnahme implantologischer Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

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

Regelhöchstsatz ist für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen der 2,3fache Gebührensatz, für medizinischtechnische Leistungen der 1,8fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15fache Gebührensatz.

- zahntechnische Laborarbeiten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

b) Erstattungshöhe und -voraussetzung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden **zu 35 %** ersetzt.

Vor Beginn der Behandlung muss dem Versicherer ein **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorgelegt werden. Der Versicherer wird diesen Kostenvorschlag prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistungen ersetzt.

c) Sonstiges

Der Versicherungsnehmer erhält kostenlos auf Anforderung eine Kurzfassung der GOÄ bzw. GOZ sowie das Preis und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten denty/denty plus.

2. Sehhilfen

Die Leistungen für Sehhilfen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der GKV die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV übernommen werden, nachzuweisen.

Die Aufwendungen für Brillen sowie Kontaktlinsen werden **zu 60 %** bis zu **127,82 Euro** innerhalb eines Zeitraumes von 3 Kalenderjahren erstattet.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Aufwendungen innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen wird, zurückgerechnet.

3. Krankenhaustagegeld bei unfallbedingtem stationärem Krankenhausaufenthalt

Ist aufgrund eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig, wird (ohne Kostennachweis) für jeden Tag der stationären Behandlung innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten ab Eintritt des Unfallereignisses ein Krankenhaustagegeld in Höhe von **10,23 Euro** gezahlt.

Aufnahme- und Entlassungstag werden als ein Tag gewertet.

4. Auslandsreisen

Erstattungsfähig **zu 100 %** sind bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während vorübergehender Reisen bis zu jeweils 8 Wochen Dauer.

Hierzu gehören Aufwendungen für:

Ambulante und stationäre Behandlung

- ärztliche Beratungen, Besuche und Einrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie)
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
- medizinisch notwendiger Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus oder Arzt
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen.

Krankenrücktransport

Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransportes aus dem Ausland werden erstattet, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist.

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

Bestattungskosten

Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz bis zu **10.225,84 Euro** erstattet.

Ersatzkrankenhaustagegeld

Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger übernommen, so zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld von **20,45 Euro**.

III. Beendigung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif endet zum Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

IV. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Der Beitrag wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

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.

V. Allgemeine Bestimmungen

Für Versicherungsschutz während Auslandsreisen (II. Nr. 4) gelten folgende Abweichungen von den AVB:

Zu § 1 Absatz 4 AVB Versicherungsschutz im Ausland

An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB gilt für den Versicherungsschutz während Auslandsreisen Folgendes:

Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat. Besitzt eine versicherte Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates oder besitzt sie die Staatsangehörigkeit eines EU-Staates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, sofern sie versicherungsfähig ist.

Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz endet –auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf der 8. Woche 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.

Zu § 3 AVB Wartezeiten

Abweichend von § 3 Absatz 2 und 3 AVB entfallen für Behandlungen während Auslandsreisen die Wartezeiten.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ Gebührenordnung für Ärzte
GOZ Gebührenordnung für Zahnärzte