Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Tarif AOK-DentalPRIVAT
Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.07.2020, SAP-Nr.: 342225, 06.2020
Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Zahnersatz
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgetragener Zahnersatz, die jeweilige Reparatur sowie die jeweils notwendigen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Versicherungsschutz besteht auch für die Versorgung mit Zahnersatz für Zähne, die bei Vertragsabschluss fehlten bzw. nicht ersetzt waren.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass für die Zahnersatzmaßnahme ein von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anerkannter Anspruch auf einen Festzuschuss nach § 55 SGB V Absatz 1 besteht.

Im Versicherungsfall leistet der Tarif den gleichen Betrag, der von der Gesetzlichen Krankenversicherung als Festzuschuss (inklusive Bonus) für den Zahnersatz erstattet wird.

Mit steigender Versicherungsdauer im Tarif AOK-DentalPRIVAT erhöht sich der Leistungsanspruch wie folgt:
- ab dem 7. Kalenderjahr auf 105 % des Leistungsbetrages,
- ab dem 10. Kalenderjahr auf 110 % des Leistungsbetrages,
- ab dem 13. Kalenderjahr auf 120 % des Leistungsbetrages.

2. Erstattungsbegrenzung für Zahnersatz in den ersten drei Kalenderjahren
Die Leistung nach Ziffer 1 (Zahnersatz) ist in den ersten drei Kalenderjahren begrenzt.
- im 1. Kalenderjahr auf höchstens 250 Euro,
- im 2. Kalenderjahr auf höchstens 500 Euro,
- im 3. Kalenderjahr auf höchstens 750 Euro.

3. Zahnfüllung
Der Tarif leistet bei medizinisch notwendigen Füllungstherapien (Zahnfüllungen z. B. Kunststofffüllungen, Inlays und Onlays) für Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass die versicherte Person eine Versorgung wählt, die über eine ausreichende und zweckmäßige zahnärztliche Versorgung hinausgeht. Die Leistung für diese Mehrkosten im Sinne des § 28 Absatz 2 SGB V beträgt maximal 50 Euro pro Kalenderjahr.

Vorleistungen der GKV werden von den entstandenen Aufwendungen in Abzug gebracht.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Grundsätzen entsprechen.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

3. Die Höhe der Aufwendungen ist durch die Vorlage von Rechnungsbelegen mit einem entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV nachzuweisen.

4. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für den Tarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 21., 41.bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 21, 41, bzw. 61 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind gesetzlich krankenversicherte Personen, die bei einer AOK versichert sind, welche mit der UKV eine Kooperationsvereinbarung zum Tarif AOK-DentalPRIVAT geschlossen hat.

2. Wechselt die versicherte Person zu einer anderen AOK, kann die bestehende Versicherung weitergeführt werden. Dies gilt auch bei einem Wechsel zu einer AOK, die keine Kooperationsvereinbarung mit der UKV geschlossen hat.

3. Wechselt die versicherte Person zu einer anderen deutschen GKV, wird das Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung in dem entsprechenden Normaltarif (Tarif ohne Zusatz „AOK-“) der UKV fortgesetzt, sofern die versicherte Person die dortigen Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die Vorversicherungszeit wird angerechnet. Bestehende besondere Vereinbarungen bleiben dabei in Kraft.

Das Ende der Versicherung bei der AOK ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

4. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.

5. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
VVG	Versicherungsvertragsgesetz