

Zahnzusatzversicherung Tarif MediZ AOK RPS für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.10.2020)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009*)

Der Versicherungsschutz

A. Tarifleistungen

1. Zahnersatz
2. Zahnbehandlung

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung/Obliegenheit

D. Beiträge

* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Zahnersatz**

100 % des von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgesetzten befundbezogenen Festzuschusses für Zahnersatz (Verdoppelung des GKV- Festzuschusses, vgl. Abschnitte B.1 und B.2). Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Höchstbetrag von insgesamt:

250,00 Euro im ersten Versicherungsjahr,
500,00 Euro im zweiten Versicherungsjahr,
750,00 Euro im dritten Versicherungsjahr.

Ab dem **4. Versicherungsjahr** erfolgt eine Erstattung in Höhe des von der GKV festgelegten Festzuschusses nach § 55 Abs. 1 SGB V (s. Anhang).

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfallen die vorgenannten Leistungsbegrenzungen (Höchstsätze) nach Abschnitt A.1.

Bei einer ununterbrochenen Vertragsdauer in diesem Tarif erhöht sich der Anspruch auf Erstattung ab

 - dem 7. Versicherungsjahr um **5 %** des von der GKV erstatteten Festzuschusses
 - dem 10. Versicherungsjahr um **10 %** des von der GKV erstatteten Festzuschusses
 - dem 13. Versicherungsjahr um **20 %** des von der GKV erstatteten Festzuschusses.
- 2. Zahnbehandlung**

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für

 - medizinisch notwendige Füllungstherapien (Zahnfüllungen), soweit es sich um Mehrkosten im Sinne des § 28 Abs. 2 S. 2 SGB V (s. Anhang) handelt und
 - professionelle Zahnreinigungen

insgesamt bis zu einer Höhe von **50 Euro** pro Versicherungsjahr.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

1. Der jeweilige Erstattungsbetrag ist zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines sonstigen Kostenträgers begrenzt auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.
2. Die Wartezeit beträgt abweichend von § 3 Abs. 3 AVB Teil I 6 Monate für Behandlungen nach Abschnitt A.1.

3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
4. Als Nachweis der Aufwendungen für Zahnbehandlungsmaßnahmen nach Abschnitt A.2 sind dem Versicherer die Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken der gesetzlichen Krankenversicherung vorzulegen.
5. Behandlungen nach Abschnitt A.1 müssen aufgrund eines von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplans durchgeführt worden sein.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung/Obliegenheit

1. Tarif MediZ AOK RPS kann nur von Personen abgeschlossen werden, die bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse gesetzlich krankenversichert sind. Als Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gelten auch Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben, aber im Ausland krankenversichert sind und im Rahmen der geltenden EG-Verordnungen von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wie eigene Versicherte betreut werden (Grenzgänger).
2. Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund einer Mitgliedschaft oder als Familienversicherte bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Als Mitglieder oder Familienversicherte gelten auch Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben, aber im Ausland krankenversichert sind und im Rahmen der geltenden EG-Verordnungen von einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wie eigene Versicherte betreut werden (Grenzgänger).
3. Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediZ AOK RPS zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) der versicherten Person maßgeblich.
2. Von dem auf die Vollendung des 21., 31., 41., 51., 61. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.
4. Von einer Beitragsanpassung (vgl. § 18 AVB Teil I) wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

§ 28

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

...

(2)

Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfaßt auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 55

Leistungsanspruch

(1)

Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 70 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 75 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2)

Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelver-

sorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Absatz 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.