

Tarif BISS 80

Krankheitskosten-Zusatzversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Fassung Januar 2008

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2008]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

II. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz (ambulant), Inlays (Metall/Keramik/Kunststoff) und professionelle Zahnreinigung.

Als Zahnersatz gelten Prothesen, Kronen, Brücken, Aufbissbehelfe und Schienen, Implantate (bis zu 4 Implantate je Kiefer, einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen sowie Reparatur von Zahnersatz. Kein Versicherungsschutz besteht für Zahnersatzmaßnahmen an bereits bei Vertragsschluss fehlenden Zähnen.

2. Erstattung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden folgendermaßen erstattet:

Leistungsbereich	Gesamtleistung (inklusive Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger)
Zahnersatz	- 100%, wenn die in Rechnung gestellten Kosten für die gesamte Versorgung im Rahmen der Regelversorgungsleistung der GKV abgerechnet sind. - 80%, wenn die in Rechnung gestellten Kosten nicht oder nur teilweise im Rahmen der Regelversorgungsleistung der GKV abgerechnet sind, wenigstens jedoch der Betrag, der im Fall der Regelversorgung erstattungsfähig wäre.
Inlays (Metall/Keramik/Kunststoff)	80%
Professionelle Zahnreinigung	80%, bis max. 50 € pro Kalenderjahr

Vom Erstattungsbetrag wird die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger abgezogen. Als Vorleistung der GKV gilt die tatsächliche Erstattung durch die GKV, bei Zahnersatz mindestens jedoch der Festzuschuss zuzüglich des maximalen Bonus nach Sozialgesetzbuch V.

Erstattet werden die ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOÄ/GOZ) bis zu den dortigen Höchstsätzen (siehe Anhang) sowie für angemessene zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten). Die Praxisgebühr und ein in der GKV vereinbarter Selbstbehalt sind nicht erstattungsfähig.

Ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder anderen Kostenträgern ist in vollem Umfang vorab in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen. Hat die GKV für Zahnersatz oder Inlays keine Leistung erbracht oder besteht kein Anspruch auf eine GKV-Vorleistung, werden 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV angesetzt.

3. Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 1.000 € ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) über die gesamte geplante Maßnahme mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Bei Nichtvorlage werden die über 1.000 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen auf die Hälfte der tariflichen Leistung gekürzt.

4. Rechnungshöchstbeträge

Für Leistungen nach Abschnitt II.1 gelten nach Versicherungsbeginn in Tarif BISS 80 erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird:

insgesamt
 500 € im 1. Kalenderjahr,
 1.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,
 1.500 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,
 3.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,
 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr,
 unbegrenzt ab dem 6. Kalenderjahr.

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Die Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege und der dort genannten Behandlungsdaten.

5. Voraussetzung für die Kostenerstattung

Eine Leistungsauszahlung setzt folgende Unterlagen voraus: die Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften, aus denen

- die Höhe der Vorleistung der GKV,
- die Höhe der angerechneten Leistungen auf einen Selbstbehalt,
- und die prozentuale Höhe des Festzuschusses der GKV hervorgehen müssen.

Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachgewiesen werden.

III. Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung in der Zahnersatzversorgung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gilt ebenfalls als Änderung der Gesundheitsverhältnisse im Sinne von § 18 MB/KK 2008 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer gegebenenfalls notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Zahnersatzleistungen wider.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in Tarif BISS 80 auch beitragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Anhang

Höchstsätze der Gebührenordnungen

Höchstsätze der GOÄ sind derzeit der 3,5fache Satz für persönlich ärztliche Leistungen bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ. Höchstsatz der GOZ ist derzeit der 3,5fache Satz.