

Krankheitskosten- versicherung

Kurzübersicht

Nachfolgende Kurzübersicht gibt einen [groben Überblick](#) über den Versicherungsschutz des Tarifs ZIB.

Zahnersatz

- Verdoppelung des GKV-Festzuschusses

Implantate

- 100 % (max. 6 Implantate)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen und die Höhe der Leistungen [im Detail](#) ergeben sich aus den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Tarif ZIB

Ergänzungstarif für Zahnersatz und Implantate

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Stand 01.01.2017

Der **Tarif ZIB** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 11).

Inhaltsübersicht

	Seite
Versicherungsfähigkeit	2
1. Leistungen	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2 Höhe der Leistungen	2
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	2
2.2 Aufnahmehöchstalter	2
2.7 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung in der Zahnersatzversorgung der GKV	2
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
4.1 Der Versicherungsschutz	2
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	2
4.3 Ende der Versicherung	2

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif ZIB können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang. Der Tarif ZIB leistet nicht für bei Vertragsabschluss bereits laufende, angeratene oder beabsichtigte Behandlungen. Für bei Vertragsabschluss nach diesem Tarif fehlende, noch nicht ersetzte Zähne besteht kein Versicherungsschutz.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1.1 Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen) einschl. implantatgetragener Zahnersatz;
- Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen.

Keine Leistungspflicht besteht für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

1.1.2 Implantate

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Implantologische Leistungen (Einbringung von Implantaten und Freilegung der Implantate) einschl. Vor- und Nachbehandlungen. Erstattungsfähig sind die Kosten für maximal 6 Implantate innerhalb eines Zeitraumes von 10 Kalenderjahren. Dieser Zeitraum beginnt erstmalig mit Beginn der Versicherung nach diesem Tarif.

Keine Leistungspflicht besteht für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Bei den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Ziffern 1.11 bis 1.12 sind Gebühren im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze¹ der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahn technische Leistungen sind bis zu den ortsüblichen Preisen erstattungsfähig.

1.2 Höhe der Leistungen

1.2.1 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.11 werden in Höhe des von der GKV erstatteten befundbezogenen Festzuschusses einschl. zu berücksichtigender Bonus- und Härtefallleistungen für zahnprothetische Regelversorgung mit Zahnersatz ersetzt.

Einschließlich der Leistungen der GKV dürfen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

¹ Das ist der 3,5fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 2,5fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,3fache Satz.

1.2.2 Implantate

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.12. werden zu 100 % ersetzt, maximal jedoch 500,00 EUR pro Implantat.

Die Leistungen gemäß Ziffer 1.2 sind in den ersten drei Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung pro versicherter Person beträgt

- im ersten Kalenderjahr maximal 250,00 EUR;
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 500,00 EUR;
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal 750,00 EUR.

Diese Begrenzungen entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 21	2,20
21 - 35	6,87
36 - 50	9,35
51 -	13,18

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.7 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderungen in der Zahnersatzversorgung der GKV

Eine Änderung in der Zahnersatzversorgung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gilt ebenfalls als Änderung der Gesundheitsverhältnisse im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge des Tarifs ZIB überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer ggf. notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Zahnbehandlungsleistungen wider.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.15 Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

4.19 b) Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 11 lautet für diesen Tarif wie folgt: Der Beitrag der Altersgruppe 0-21 gilt bis zum Ende

des Monats, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21-35 zu zahlen. Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36 - 50 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51- zu zahlen.

4.23 Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten

Neben dem Tarif ZIB darf eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer, die ganz oder teilweise Leistungen für die unter Ziffer 1.1 genannten Aufwendungen vorsieht, weder fortgeführt noch abgeschlossen werden.

Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

4.24 Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif ZIB für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.