

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Kurzübersicht

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

Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen

- 85 % (einschl. der Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung)

Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen (für die keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht)

- 85 %

Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie

- 85 %

Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

- 85 % (bis maximal 85,00 EUR pro Kalenderjahr)

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

Tarif **ZGPlus**

Ergänzungstarif für Zahnersatz, Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Stand 01.01.2020

Der **Tarif ZGPlus** 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 AG (TB/KK 11).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird der Tarif **ZGPlus** mit der Tarifbezeichnung **ZG+** ausgewiesen.

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
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	3
4.3 Ende der Versicherung	3

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 ZGPlus 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.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für

- Zahnersatz (Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen;
- Inlays und Kunststofffüllungen.

Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000,00 EUR überschreiten werden.

1.12 Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende

- Wurzelbehandlungen;
- Parodontosebehandlungen;
- Aufbissschienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).

Erfolgt eine Leistung der GKV, so entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

1.13 Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, die in direktem Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Ziffern 1.11 und 1.12 erbracht wird.

1.14 Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen, z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus, sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

Bei den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Ziffern 1.11 bis 1.14 sind Gebühren im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze¹ der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind bis zu den ortsüblichen Preisen erstattungsfähig.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden vorbehaltlich der Regelung der Ziffer 1.23 wie folgt ersetzt:

- für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.11a): zu 85 %;
- für Inlays und Kunststofffüllungen gemäß Ziffer 1.11 b): zu 85 %.

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen; bei Leistungen für Zahnersatz nach Ziffer 1.11a) wird als Vorleistung der GKV maximal der befundbezogene Festzuschuss für die Zahnersatz-Regelversorgung in der GKV ohne Bonus² abgezogen.

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

Sind zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen worden, werden bei Zahnersatz nach Ziffer 1.11a) 40 % und bei Inlays und Kunststofffüllungen nach Ziffer 1.11b) 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

1.22 Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Aufbissschienen, Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden vorbehaltlich der Regelung der Ziffer 1.23 wie folgt ersetzt:

- für Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen gemäß Ziffer 1.12: zu 85 %;
- für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie gemäß Ziffer 1.13: zu 85 %;
- für Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen gemäß Ziffer 1.14: zu 85 %, bis zu einem Gesamtbetrag von 85,00 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.

¹Das 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.

²Dies sind zurzeit grundsätzlich 50 % der Kosten für die Zahnersatz-Regelversorgungsleistungen.

1.23 Summenmäßige Begrenzungen in den ersten fünf Kalenderjahren

Die Leistungen gemäß Ziffern 1.21 (nach Abzug der Vorleistung der GKV) und 1.22 sind in den ersten fünf Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung pro versicherter Person beträgt im ersten Kalenderjahr maximal 1.000,00 EUR; in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 2.000,00 EUR; in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal 3.000,00 EUR; in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal 4.000,00 EUR; in den ersten fünf Kalenderjahren zusammen maximal 5.000,00 EUR.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem sie angefallen sind.

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
Mann	
21 - 35	13,56
36 - 50	24,37
51 -	44,02
Frau	
21 - 35	16,32
36 - 50	29,66
51 -	47,82
Kind	
0 - 14	1,61
15 - 21 männl.	3,56
15 - 21 weibl.	5,29

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

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

4.1 Der Versicherungsschutz

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

Auf allen Kostenbelegen gemäß Ziffer 1.11 (Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen) müssen die Leistungen der GKV und bei Kostenbelegen gemäß Ziffer 1.11 a) (Zahnersatz) zusätzlich der Prozentsatz des befundbezogenen Festzuschusses 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 für Kinder (0-14 Jahre bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 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 *ZGPlus* darf eine weitere Krankheitskostenversicherung bei der Barmeria oder 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 Versicherten 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 *ZGPlus* für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

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