

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZ für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlaß der Wartezeit

Die besondere Wartezeit kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebißzustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfällt für die zu versichernden Personen bei nach Vertragsabschluß eingetretenen Unfällen.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung).

Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 10 % des gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V (siehe Anhang) festgelegten befundbezogenen Festzuschusses für die jeweilige Regelversorgung mit Zahnersatz. Der Mindestversicherungsschutz umfaßt 3 Tarifstufen. Die Versicherungsleistung wird auch erbracht, wenn die versicherte Person eine von der Regelversorgung abweichende Versorgung in Anspruch nimmt. Die Mehrkosten für einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz sind nicht erstattungsfähig.*

Besteht ein Anspruch auf Leistungen gegen andere Kostenträger, so ist der Versicherer im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges nur für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

* Bis zum 31.12.2004 gilt folgende Regelung: Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 5 % der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz. Der Mindestversicherungsschutz umfaßt 3 Tarifstufen.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muß die Höhe der Vorleistung eines anderen Kostenträgers bestätigt sein.

Die Rechnungsbelege müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, den zahnprothetischen Befund mit der zugeordneten Regelversorgung, die Höhe der darauf entfallenden Vergütung und die Behandlungstage enthalten.*

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Anzahl der vereinbarten Tarifstufen ist im Versicherungsschein an zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung CEZ erkenntlich.

Beispiel:

CEZ/3 = 3 Stufen

* Bis zum 31.12.2004 gilt folgende Regelung: Die Rechnungsbelege müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, den zahnprothetischen Befund, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Behandlungstage enthalten.