

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZK 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 versichernde Person 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

1. Leistungen

Erstattet werden unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt

- a) 100 % der im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen), wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile enthält.
- b) 75 % der Kosten für Zahnersatz und orale Implantate gemäß Nr. 2 nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält; mindestens werden die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung gemäß a) erster Halbsatz erstattungsfähig wären.

Bei oralen Implantaten werden die Kosten für maximal 4 Implantate je Kiefer erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stiftzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

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.

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muß.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den zahnprothetischen Befund, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

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

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. 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 die Gegenüberstellung einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

Hinweis:

Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.