

Vertragsgrundlage 317

Tarif 54 - für Kosten zahnärztlicher Behandlung

Seite 1 von 3 Stand: 01.2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen

-Teil I: siehe AVB/KK 2008 -

1. Leistungen des Versicherers

1.1 Allgemeines

1.1.1 Die Tarifgruppe 540 (Ziff. 1.3.1) kann nur zur Ergänzung von Versicherungen nach einem Tarif für ambulante Heilbehandlungen (ohne zahnärztliche Behandlung) und/oder einem Tarif für stationäre Heilbehandlungen abgeschlossen und weitergeführt werden. Mit dem Wegfall aller Versicherungen nach den vorstehend bezeichneten Tarifen endet auch die Versicherung nach Tarifgruppe 540.

1.1.2 Die Tarifgruppen 541 (Ziff. 1.3.1) und 544 (Ziff. 1.3.1) können nur zur Ergänzung von Versicherungen nach einem Tarif für ambulante Heilbehandlungen (ohne zahnärztliche Behandlung) und einem Tarif für stationäre Heilbehandlungen abgeschlossen und weitergeführt werden. Die Erstattungsfähigkeit dieser Versicherungen darf nicht auf Kosten beschränkt sein, die von einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden. Mit dem Wegfall einer Versicherung nach den vorstehend bezeichneten Tarifen endet auch die Versicherung nach Tarifgruppe 541 oder 544.

1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.2.1 Erstattungsfähig sind die gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung berechneten Aufwendungen für folgende Leistungen der Zahnärzte (jeweils einschließlich Röntgenleistungen sowie Material- und Laborkosten, die auf Verlangen des Versicherers gesondert nachzuweisen und zu spezifizieren sind):

a) Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums soweit sie nicht unter b), c) oder d) aufgeführt sind. Hierzu gehören auch vom Zahnarzt verordnete Arzneien zur Behandlung von Schmerzzuständen und Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich.

b) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.

c) Kieferorthopädische Leistungen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur insoweit erstattungsfähig, als sie im Gebührenverzeichnis der in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Gebührenordnung aufgeführt sind.

1.2.2 Allgemeine zahnärztliche Leistungen, Leistungen, für die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden, sowie Wegegeld und Ersatz von Auslagen werden entsprechend dem zu Grunde liegenden Befund den Leistungen nach Ziff. 1.2.1 a) bis d) zugerechnet. Die gesondert berechnungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Material- und

Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage. Die Beträge, bis zu denen von angemessener Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

1.2.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Maßgabe der Ziff. 1.3 erstattet.

1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Die Höhe des Kostenersatzes ergibt sich aus der vereinbarten Gruppe des Tarifes und der Anzahl der vereinbarten Stufen (Ziff. 1.4).

1.3.2 Der Versicherer ersetzt

in Tarifgruppe 540 je Stufe 5 % der erstattungsfähigen Aufwendungen;

in der Tarifgruppe 541 je Stufe für Zahnbehandlung 5 %, für kieferorthopädische Leistungen 4,5%, für Zahnersatz und für funktionsanalytische Leistungen 4 % der erstattungsfähigen Aufwendungen;

in der Tarifgruppe 544 je Stufe für Zahnbehandlung 5 %, für kieferorthopädische Leistungen 4,5 %, für Zahnersatz und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 2,5 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.4 Mögliche Stufen der Tarifgruppen

Es können vereinbart werden

Tarifgruppe 540

3 bis 10 Stufen (15 bis 50 %ige Erstattung)
12 Stufen (60 %ige Erstattung).

3 bis 4 Stufen können nur für Beihilfeberechtigte oder als Zusatzversicherung für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte oder für gesetzlich versicherte Personen, 5 bis 10 Stufen nur für Beihilfeberechtigte oder für gesetzlich versicherte Personen vereinbart werden. Für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte können nicht mehr als 4, für gesetzlich versicherte Personen nicht mehr als 10 und für Beihilfeberechtigte höchstens so viel Stufen vereinbart werden, dass die Versicherungsleistung zusammen mit der Beihilfe die Krankheitskosten in der Regel nicht übersteigt.

Tarifgruppe 541

18 Stufen (90 %ige Erstattung für Zahnbehandlung)
(81 %ige Erstattung für Kieferorthopädie)
(72 %ige Erstattung für Zahnersatz)
20 Stufen (100 %ige Erstattung für Zahnbehandlung)
(90 %ige Erstattung für Kieferorthopädie)
(80 %ige Erstattung für Zahnersatz)

Tarifgruppe 544

20 Stufen (100 %ige Erstattung für Zahnbehandlung)
(90 %ige Erstattung für Kieferorthopädie)
(50 %ige Erstattung für Zahnersatz)

Die Anzahl der Stufen darf in keiner Tarifgruppe die höchste Anzahl der Stufen der gleichzeitig bestehenden Tarife für ambulante bzw. stationäre Heilbehandlungen übersteigen. Dies gilt nicht für Tarifgruppe 544, nach der nur 20 Stufen vereinbart werden können.

2. Leistungen des Versicherungsnehmers	<p>2.1 Monatsbeiträge</p> <p>2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.</p> <p>2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.</p> <p>2.1.3 Verheiratete unter 21 Jahren zahlen den ihrem Geschlecht entsprechenden Beitrag für 21-jährige.</p> <p>2.1.4 Verheiratete unter 21 Jahren und 21-34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag, zuzüglich eines</p>	<p>vom erreichten Alter abhängigen, in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden.</p> <p>2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche und die nach Ziff 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.</p> <p>2.2 Mahnkosten (§ 8 (5) AVB Teil I) Die Mahnkosten bei Zahlungsverzug betragen für jede Mahnung 1,02 EUR.</p>
3. Besondere Bestimmungen	<p>3.1 Zu § 1 AVB Teil I - Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</p> <p>3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I) Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.</p> <p>3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I)</p> <p>a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus.</p> <p>b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.</p> <p>3.1.3 Bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen kann die Versicherung auf Antrag vorübergehend in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.</p> <p>3.2 Zu § 2 AVB Teil I - Beginn des Versicherungsschutzes Keine ergänzenden Bestimmungen.</p> <p>3.3 Zu § 3 AVB Teil I - Wartezeiten</p> <p>3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.</p> <p>3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I) Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nur 3 Monate und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 8 Monate.</p> <p>3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I) Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.</p> <p>3.3.4 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.</p> <p>3.4 Zu § 4 AVB Teil I - Umfang der Leistungspflicht</p> <p>3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen</p>	<p>durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.</p> <p>Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.</p> <p>Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:</p> <p>a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.</p> <p>b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.</p> <p>3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.</p> <p>3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.</p>

Fortsetzung

- 3.5 Zu § 5 AVB Teil I - Einschränkung der Leistungspflicht**
3.5.1 Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 (1 a) AVB, Teil I)
Für ambulante Heilbehandlungen - nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen - in einem Heilbad oder Kurort leistet der Versicherer in tariflichem Umfang.
- 3.6 Zu § 6 AVB Teil I - Auszahlung der Versicherungsleistungen**
3.6.1 Nachweise
Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein. Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.
- 3.7 Zu § 7 AVB Teil I - Ende des Versicherungsschutzes**
Keine ergänzenden Bestimmungen.
- 3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I - Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung**
3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 (2) AVB Teil I)
Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.
Bei Umstufungen innerhalb des Tarifs oder auf einen anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.
- 3.8.2 Ohne Text**
3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)
a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vornhundert-satz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.
b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.
- 3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I - Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer**
Keine ergänzenden Bestimmungen
- 3.10 Ohne Text**
- 3.11 Zu § 15 AVB Teil I - Sonstige Beendigungsgründe**
3.11.1 Tätigkeitsgebiet und Wegzug ins Ausland (§ 15 (3) AVB Teil I)
Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland. Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
- 3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I - Willenserklärungen und Anzeigen, Gerichtsstand, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Wechsel in den Standardtarif**
Keine ergänzenden Bestimmungen.