

Tarif CZ

Krankheitskosten-Vollversicherung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
Fassung Januar 2008

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2008]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet und sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarife für ambulante und stationäre Heilbehandlung erfolgt oder eine Versicherung in diesen Tarifen schon besteht. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen. Mit dem Ende der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung endet auch die Versicherung nach Tarif CZ.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontose-Behandlung.

2. Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Maßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens).

Die erstattungsfähigen Kosten werden mit folgenden Prozentsätzen vom Rechnungsbetrag erstattet:

Tarifstufe	Zahnbehandlung	Zahnersatz
CZ 2	80%	50%
CZ 3	100%	80%
CZ 60	60%	60%

3. Rechnungshöchstbeträge

In den ersten 10 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.1. und 2. zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt	
1.800 €	im 1.und 2. Kalenderjahr
2.600 €	im 3.und 4. Kalenderjahr
3.900 €	im 5.und 6. Kalenderjahr
5.200 €	im 7.und 8. Kalenderjahr
7.800 €	im 9.und 10. Kalenderjahr
unbegrenzt	ab dem 11. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Im jeweiligen Erstattungsfall wird vorzugsweise aus dem Rechnungsbetrag mit dem höheren Erstattungssatz geleistet. Erstattungsfall ist die Gesamtheit aller gleichzeitig eingereichten zahnärztlichen Kostenbelege. Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.