

Tarif ZA mit Tarifklassen ZA/20 - ZA/50

für Zahnbehandlung und Zahnersatz

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagesgeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif ZA mit den Tarifklassen ZA/20, ZA/25, ZA/30, ZA/35, ZA/40, ZA/45 und ZA/50 können Personen und ihre Familienangehörigen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes, der Länder, der Gemeinden oder sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts haben. Der tarifliche Erstattungssatz darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht überschreiten.

Der Tarif kann nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenversicherung für ambulante Heilbehandlung oder stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen als Ergänzung abgeschlossen werden. Er ist Bestandteil der jeweiligen Hauptversicherung und endet mit dieser.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

	ZA/20	ZA/25	ZA/30	ZA/35	ZA/40	ZA/45	ZA/50
Erstattung der nachgewiesenen Kosten bei ambulanter Behandlung für							
1. Zahnbehandlung zu	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
ohne Jahreshöchstsätze							

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen einschl. Inlays (Einlagefüllungen) - mit Ausnahme von Kronen -, chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer Zahnbehandlung sind weiterhin - auch bei stationärer Behandlung - Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

2. Zahnersatz, Kieferorthopädie zu	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
Jahreshöchstsatz im 1. und 2. Versicherungsjahr jeweils (EUR)	320	400	480	560	640	720	800
Jahreshöchstsatz im 3. und 4. Versicherungsjahr jeweils (EUR)	640	800	960	1.120	1.280	1.440	1.600
Jahreshöchstsatz im 5. und 6. Versicherungsjahr jeweils (EUR)	1.040	1.300	1.560	1.820	2.080	2.340	2.600
ab dem 7. Versicherungsjahr	ohne Jahreshöchstsätze						

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin - auch bei stationärer Behandlung - zahn-technische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalles (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

C. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

