

Vertragsgrundlage 371

ZS60-N

für zahnärztliche Behandlung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung

Tarif/Stufe	ZS60-N
<p>A. (1) Leistungen des Versicherers</p> <p>(2) Begrenzung der Leistung</p>	<p>60%</p> <p>des den Selbstbehalt (C.) übersteigenden Rechnungsbetrages für ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Kieferregulierungen. Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet.</p> <p>Die Leistungen werden für alle Arten zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt: Als Rechnungsbetrag werden</p> <ul style="list-style-type: none">- im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro- in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro- in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro- in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro- in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro <p>anerkannt. Bei zu erstattenden Kosten entscheiden die einzelnen Behandlungsdaten, welchem Versicherungsjahr sie zugeordnet werden.</p> <p>Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung.</p> <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste I genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B. Kostenvoranschlag</p>	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p>
<p>C. Selbstbehalt</p>	<p>511,29 Euro pro versicherte Person und Versicherungsjahr.</p>
<p>D. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;b) Einmalig bei Eheschließung der Versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.c) bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag.d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind),e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit; Krankheitskostenvollversicherung

<p>(3) Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.</p> <p>g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet;</p> <p>h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung</p>
<p>E. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Zusatztarif ZS60-N kann nur als Ergänzung einer Versicherung nach dem Tarif Z100-N des Versicherers abgeschlossen werden. Mit dem Ende der Versicherung nach Tarif Z100-N endet auch der Zusatztarif ZS60-N.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 05/11

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Z60-N oder: Was wir häufig von unseren Kunden gefragt werden

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen.
- z. B. Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.
- z. B. Sachkosten, die nicht in der Sachkostenliste enthalten sind, oder Preise, soweit sie über den in der Sachkostenliste genannten liegen.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Bitte händigen Sie ihrem Zahnarzt rechtzeitig vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays die beigefügte Sachkostenliste aus.
- Bei Zahnersatz (z. B. Überkronungen, Brücken, Prothesen oder Implantate), Kieferorthopädie sowie Inlays empfehlen wir, uns rechtzeitig vor dem Behandlungsbeginn neben einem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes auch den Kostenvorschlag des zahntechnischen Labors über die Material- und Laborkosten zuzusenden. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus dem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.
- Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw. des Kostenvorschlages übernehmen wir im Rahmen des Tarifes.
- Bitte reichen Sie immer die Originalrechnung des Zahnarztes und ggf. des Labors ein.
- Die Kostenerstattung erfolgt auch für noch nicht bezahlte Rechnungen.

Erläuterung zur Zahnstaffel

Die Zahnstaffel besagt, dass in den ersten fünf Versicherungsjahren ein Rechnungsbetrag von insgesamt maximal 6.391,15 Euro anerkannt werden kann, in jedem dieser Jahre also grundsätzlich 1.278,23 Euro. Für das erste Versicherungsjahr gilt dies übrigens auch dann, wenn Ihr Versicherungsschutz erst nach dem 1. Januar begonnen hat. Sollte der jährliche Höchstbetrag in einem Jahr einmal nicht ausgeschöpft werden, so erhöht sich der Rechnungsbetrag, der im Folgejahr anerkannt werden kann, entsprechend. Innerhalb des Rahmens dieser maximal anzuerkennenden Rechnungsbeträge erstatten wir auch in den ersten fünf Versicherungsjahren so, wie es der Tarif ZS60-N grundsätzlich vorsieht. Darüber hinausgehende Kosten müssen Sie als Eigenanteil selbst tragen.

Ein Beispiel für die Abrechnung:

Sie reichen für das erste Versicherungsjahr eine Rechnung für Zahnersatz über 1.000,- Euro ein. Wir erstatten tariflich 293,23 Euro (1000,- Euro abzügl. 511,29 Euro Selbstbehalt ; davon 60%). Da wir für das erste Versicherungsjahr einen Rechnungsbetrag bis zu 1.278,23 Euro hätten anerkennen können, erhöht sich die Grenze für das zweite Versicherungsjahr um 278,23 Euro auf 1.556,46 Euro. Diese Erläuterung gilt im übertragenen Sinn auch für eine individuell mit Ihnen vereinbarte Zahnstaffel

Was müssen Sie beachten, wenn Sie (länger) ins Ausland reisen

Bei Urlaubsreisen oder beruflichen Auslandsaufenthalten mit einer Gesamtdauer bis zu sechs Monaten haben Sie ohne besondere Vereinbarung weltweit den tariflichen Versicherungsschutz. Bitte nennen Sie uns vor Reiseantritt, spätestens aber zu Beginn des dritten Monats des Auslandsaufenthaltes eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift, um sicherzustellen, dass wir Sie auch während des Auslandsaufenthaltes schriftlich erreichen können; die zusätzliche Nennung einer Telefon oder Fax-Nummer bzw. einer Emailadresse ist hilfreich. Treffen Sie auch Vorsorge dafür, dass die Beiträge zu Ihrer Krankenversicherung regelmäßig von uns abgebucht werden können bzw. bei uns eingehen.

Auch bei Auslandsaufenthalten, die länger als sechs Monate dauern, haben Sie die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz bei uns fortzuführen - egal wie lange Ihr Auslandsaufenthalt dauert. Hierzu ist es aber unbedingt erforderlich, dass Sie vor Ablauf von sechs Monaten bei uns einen schriftlichen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes stellen. Wir garantieren Ihnen, dass wir mit Ihnen eine besondere Vereinbarung treffen, die Ihren Versicherungsschutz aufrechterhält, sofern Ihr Antrag fristgerecht bei uns eingeht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen. Bitte versäumen Sie bei längeren Auslandsaufenthalten keinesfalls, den Antrag auf Fortführung frühzeitig, auf jeden Fall aber fristgerecht zu stellen. Nach Ablauf von sechs Monaten - die Zeiten mehrerer Auslandsaufenthalte innerhalb eines Jahres werden addiert, wenn die Auslandsaufenthalte in einem direkten Zusammenhang zueinander stehen (z. B. falls Sie einen langfristigen Auslandsaufenthalt durch einen Heimaturlaub in Deutschland unterbrechen) - besteht ohne Vereinbarung kein Versicherungsschutz mehr! Der gesamte Versicherungsvertrag endet in diesem Fall zum Ablauf des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes.

Falls Sie sich ins Ausland begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, gilt für Staaten, die nicht dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehören - derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an -, folgendes:

Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland im Vergleich zu den Kosten, wie diese in Deutschland entstanden wären, haben Sie selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.