

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif 750 für zahnärztliche Heilbehandlung Einzelversicherung B3 51 238

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 398.

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Wann entfallen die Wartezeiten?
- § 5 Was gilt bei Wegfall der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung?
- § 6 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

In den Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

(1) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays 100%, auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

b) Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen 80%, auch über die Höchstsätze der GOZ und GOÄ hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

c) In der Bundesrepublik Deutschland werden bei stationärer oder teilstationärer zahnärztlicher Behandlung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage erstattet.

d) Ergänzend gilt:

aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn
Während der ersten 36 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs 750 gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 1.000 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 2.000 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 3.000 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungs-

höchstbetrag von 1.000 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag eines der nachfolgenden Leistungsabschnitte verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für die Leistungsabschnitte 2 und 3.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

bb) Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif 750 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif 750 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt angerechnet. Bei einem Wechsel aus einem Tarif, der als ergänzender Versicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand, werden weder die Versicherungsdauer noch erbrachte Leistungen des bisherigen Tarifes angerechnet.

cc) Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2.500 EUR übersteigen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Kosten bekannt.

Legt die versicherte Person grob fahrlässig keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 berechtigt, eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie vorzunehmen. Diese Leistungskürzung ist auf maximal die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt.

Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass bei Nichtvorlage die vereinbarte Leistungsfreiheit für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt ist.

Ein nach Teil I § 20 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

(2) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

a) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland

eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

b) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 wird der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der geltenden GOZ und GOÄ berechenbar sind sowie zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

(1) Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen), chirurgische Leistungen des Zahnarztes, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, professionelle Zahnreinigung sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel.

Professionelle Zahnreinigung ist

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe Abs. 3), Brücken, Stützähne und Kronen bzw. Teilkronen (siehe Abs. 4).

(2) Zahnprophylaxe

Als Zahnprophylaxe gelten Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt B der GOZ.

(3) Inlays

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

(4) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stützähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), implantologische Leistungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Als Zahnersatz gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe Abs. 3).

(5) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

(6) Kieferorthopädische Leistungen

§ 4 Wann entfallen die Wartezeiten?

Wird Tarif 750 im Rahmen einer substitutiven Krankheitskostenversicherung (siehe Teil I § 26 Abs. 4 Satz 1) abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten gemäß Teil I § 5 Abs. 2 und 3. Teil I § 5 Abs. 4 gilt insoweit nicht.

§ 5 Was gilt bei Wegfall der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung?

Eine Versicherung nach Tarif 750 kann nur neben einem Tarif für ambulante Heilbehandlung und einem Tarif für stationäre Heilbehandlung bestehen, sie endet in jedem Falle bei Wegfall der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

§ 6 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 16 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.