

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

### Teil II - Tarife mit Tarifbedingungen

#### Tarife 740, 741 für zahnärztliche Heilbehandlung Einzelversicherung B3 51 232

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

Tarif 741 - 75%

(3) 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.

#### Inhalt:

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

#### § 1 Wer kann in diese Tarife aufgenommen werden?

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

#### § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

Nachstehende Aufwendungen werden mit den tariflichen Sätzen erstattet.

(1) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays, 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, 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.

(2) Erstattungsprozentsätze

Die Aufwendungen werden mit nachstehenden Prozentsätzen erstattet:

Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays:

Tarif 740 - 75%  
Tarif 741 - 100%

Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen:

Tarif 740 - 50%

#### § 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 Welche Wartezeiten sind vereinbart und wann entfallen sie?**

Werden die Tarife 740, 741 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.

Werden die Tarife 740, 741 jedoch nicht im Rahmen einer substitutiven Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, gelten die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Teil I § 5. Deshalb gilt die achtmonatige Wartezeit auch für Zahnprophylaxe, Inlays sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie).

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

Eine Versicherung nach einem der Tarife 74 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.