

Tarif Z2

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs Z2 für zahnärztliche Behandlungen

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.01.2013

A) Allgemeine Bestimmungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. für ambulante Behandlungen abgeschlossen werden, die keine Leistungen für zahnärztliche Behandlungen vorsieht. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden entsprechende Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

B) Leistungen des Versicherers

1. Erstattet werden Kosten für

Zahnbehandlungen mit 100 %	}	des Rechnungsbetrages
Zahnersatz mit 50 %		
Kieferorthopädie mit 50 %		

– Einzelheiten ergeben sich aus nachstehenden Erläuterungen zu Ziffer 2 –

2. Erläuterungen

Zahnärztliche Behandlungen umfassen die gesamten zahnärztlichen Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine, diagnostische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für prothetische zahnärztliche Leistungen (auch für Kronen) und damit in Zusammenhang stehende Vor- und Nachbehandlungen sowie Material- und Laborkosten.
- Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Monatliche Beitragsraten

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

2. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.