

Tarif Z4

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs Z4 für ambulante zahnärztliche Leistungen

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.01.2013

A) Allgemeine Bestimmungen

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

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenvollversicherung (Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung – MB/KK 2009 – und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden entsprechende Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

Die Aufnahme in den Tarif kann von dem Ergebnis des Befundes über den Zustand der Zähne (Zahnstatus) abhängig gemacht werden.

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 die Kosten ambulanter zahnärztlicher Leistungen, und zwar für Zahnbehandlungen mit 100 %

Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung mit 80 %

des Rechnungsbetrages im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) werden nur insoweit erstattet, als diese Kosten zusammen mit den in Rechnung gestellten zahnärztlichen Verrichtungen insgesamt die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte für die erstattungsfähigen zahnärztlichen Leistungen nicht überschreiten.

– Einzelheiten ergeben sich aus nachstehenden Erläuterungen zu Ziffer 2. –

2. Erläuterungen

- a) Als Kosten für Zahnbehandlungen gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen sowie diagnostische, konservierende und chirurgische Leistungen.
- b) Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stiftzähne.

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

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag:

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Umstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Umstufung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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.

2. Leistungsunterlagen:

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die behandelten Zähne, 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.

Bei Zahnersatz empfehlen wir Ihnen, uns einen Kostenvoranschlag Ihres Zahnarztes, der spezifizierte Kosten für Material- und Laborkosten enthält, einzureichen; wir können Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mitteilen.