

Krankheitskosten-Tarif ZS für zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2008)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2008 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

in Tarifstufe
ZS 80 80 %

Zahnbehandlung, -ersatz und Kieferorthopädie

der Aufwendungen für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Röntgenleistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, prothetische und kieferorthopädische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, die eine Selbstbeteiligung von 1.250 EUR pro Person und Kalenderjahr übersteigen.

Zu Beginn der Versicherung gilt stattdessen folgende Sonderregelung:

In den ersten drei Versicherungsjahren werden die Aufwendungen, die 670 EUR pro Versicherungsjahr übersteigen, voll erstattet, jedoch maximal

570 EUR
pro Versicherungsjahr.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfällt die Sonderregelung. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Besteht die Hauptversicherung nach Tarif GS und wird innerhalb von 30 Tagen nach Antragstellung oder Versicherungsbeginn ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, kann die Sonderregelung aufgehoben werden.

Die Sonderregelung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs ZS ab 4. Versicherungsjahr.

§ 4 Absatz 7 AVB findet keine Anwendung.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen für Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung muss mit Ausnahme bei Anfertigung einer Einzelkrone vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und seine Entscheidung schriftlich bekanntzugeben. Wird die Behandlung begonnen, ohne dass die Entscheidung vorliegt, kann der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 VVG berechtigt sein, die tariflichen Erstattungs- und Höchstsätze um 20 % zu kürzen. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Dieser Tarif kann nur zusätzlich zu einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung, die Leistungen für ambulante Behandlung vorsieht (Hauptversicherung), abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Hauptversicherung.

C. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.