

Tarif Z3

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs Z3 für die Versicherung der Kosten zahnärztlicher Behandlungen von beihilfeberechtigten Personen

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen:

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. für ambulante Behandlungen von beihilfeberechtigten Personen abgeschlossen werden, die keine Leistungen für zahnärztliche Behandlungen vorsieht. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden 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.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz.

Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

2. Tarifstufen:

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch nach folgenden Tarifstufen abzuschließen:

| | | |
|-------|-------|-------|
| Z3/90 | Z3/65 | Z3/40 |
| Z3/85 | Z3/60 | Z3/35 |
| Z3/80 | Z3/55 | Z3/30 |
| Z3/75 | Z3/50 | Z3/25 |
| Z3/70 | Z3/45 | Z3/20 |

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

3. Umstufungen:

- a) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen nach Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
- b) Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. Der Versicherer ändert daraufhin – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag nach der dann erforderlichen Tarifstufe zum 1. des Monats, der auf die Anzeige folgt. Dies gilt auch, wenn der Versicherer innerhalb der gleichen Frist auf sonstige Weise Kenntnis von der Änderung erlangt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer auch sonst keine Kenntnis, wird die Änderung der Tarifstufe zum 1. des Monats durchgeführt, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die Kosten

- zahnärztlicher Behandlungen einschließlich Behandlungen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) maximal von den dort festgelegten Höchstsätzen
- zahntechnischer Leistungen (Material- und Laborkosten nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte)

nach der Tarifstufe

| | | |
|----------------|----------------|----------------|
| Z3/90 mit 90 % | Z3/65 mit 65 % | Z3/40 mit 40 % |
| Z3/85 mit 85 % | Z3/60 mit 60 % | Z3/35 mit 35 % |
| Z3/80 mit 80 % | Z3/55 mit 55 % | Z3/30 mit 30 % |
| Z3/75 mit 75 % | Z3/50 mit 50 % | Z3/25 mit 25 % |
| Z3/70 mit 70 % | Z3/45 mit 45 % | Z3/20 mit 20 % |

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

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

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.

Hinweis:

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