



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Zahnergänzungstarif ZEP80 für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV770_201906)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

Inhalt

§ 1	Allgemeine Bestimmungen	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Umfang des Versicherungsschutzes	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Versicherungsleistungen		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs ZEP80

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden bzw. der Anspruch auf freie Heilfürsorge entfällt, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden.

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Zahnärzten frei.

b) Die Aufwendungen von juristischen Personen (z. B. Instituten), die auf Veranlassung eines Zahnarztes Laborleistungen erbringen, sowie die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig.

(3) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle;

c) für Behandlung durch Zahnärzte, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

e) übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Aufwendungen nach GOZ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

f) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

g) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif ZEP80 ersetzt Aufwendungen für

a) Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Inlays einschließlich Onlays und Overlays, implantologische Leistungen einschließlich implantatgetragenen Zahnersatzes, Verblendungen, Kunststoff- und Kompositfüllungen), vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen) sowie Vor- und Nachbehandlungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden.

b) zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

c) Erstellen eines Heil- und Kostenplans

Enthält die Rechnung privatärztliche Vergütungsanteile, so sind Aufwendungen für die unter den Buchstaben a bis c aufgeführten Leistungen bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung erstattungsfähig, soweit den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprochen wird.

Für den Austausch intakter plastischer Füllungen (z. B. Amalgam oder Kunststofffüllungen) besteht kein Leistungsanspruch.

(2) Erstattungshöhe

Für Aufwendungen gemäß Absatz (1) a bis c werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet. Hiervon abgezogen werden Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge.

Die Erstattung ist jedoch mindestens so hoch wie der von der GKV für die entsprechende Zahnersatzmaßnahme gewährte Festzuschuss gemäß § 55 Abs. 1 SGB V bzw. die Vorleistung der freien Heilfürsorge, wobei nach Anrechnung der Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder Dritter maximal die dann noch verbleibende Differenz zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gezahlt wird.



(3) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten drei Versicherungsjahren

In den ersten drei Versicherungsjahren wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung auf

- 500,00 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 500,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr
- 750,00 EUR im dritten Versicherungsjahr

begrenzt.

Diese Begrenzungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Gemäß § 4 Abs. 3 Teil I der AVB beträgt die besondere Wartezeit für Zahnersatz 8 Monate. Sie entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

(5) Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.000,00 EUR, so soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann.

Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 5 %.

§ 5 Monatsbeiträge

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 30 Jahren, 31 bis 40 Jahren, 41 bis 50 Jahren, 51 bis 60 Jahren, 61 bis 70 Jahren sowie ab 71 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21., 31., 41., 51., 61. bzw. 71. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.