

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II (Tarif)
für den

KombiMed Tarif D50

FÜR GKV-VERSICHERTE

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (Druckstück B 161)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

Teil II der AVB enthält die speziell für Ihren gewählten Versicherungsschutz geltenden Bestimmungen, insbesondere zu Art und Umfang der Versicherungsleistung.

Ihr privater Krankenversicherer

Inhaltsverzeichnis

I. Unsere Leistungen

- 1. Serviceleistungen** 3
- 2. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung: Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen, Zahnkronen, Zahnersatz, implantologische Leistungen**
 - 2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen 3
 - 2.2 Aufwendungsersatz 3
 - 2.3 Vorlage Heil- und Kostenplan 4

II. Ihre Leistungen

- Monatliche Beitragsraten** 4

III. Sonstiges

- 1. Welche Nachweise sind zu erbringen?** 4
- 2. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?** 4
- 3. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?** 4
- 4. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?** 4
- 5. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?** 4

I. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0 18 01/358 100¹.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

außerdem bieten wir Ihnen

- zur Klärung schwieriger zahnmedizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer zahnärztlichen Zweitmeinung.

2. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung: Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen, Zahnkronen, Zahnersatz, implantologische Leistungen

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind – unter der Voraussetzung, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zuvor ihre Pflichtleistung erbracht hat – Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen,
- Zahnkronen,
- Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen) einschließlich implantatgetragenem Zahnersatz,
- implantologische Leistungen,
- Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise (auch unter Berücksichtigung des Kreises der gesetzlich Krankenversicherten) berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 2.1 erstattungsfähig sind.

2.2 Aufwundersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zusammen mit den Leistungen der GKV zu 50% ersetzt.

Unsere Leistungen sind begrenzt auf

- **insgesamt bis zu 250 EUR im ersten Versicherungsjahr,**
- **insgesamt bis zu 500 EUR im ersten und zweiten Versicherungsjahr,**
- **insgesamt bis zu 750 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.**

Für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die vorstehenden Höchstbeträge.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Werden die zahnärztlichen Maßnahmen nach Nr. 2.1 ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten³ durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz nach Nr. 2.2 Satz 1 um 5%-Punkte auf **55%**.

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Zahnärzten. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0 18 01/358 100⁴) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Zahnarztssuche – nach.

Wird eine zahnärztliche Maßnahme nach Nr. 2.1 (Ausnahme: Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen) ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz nach Nr. 2.2 Satz 1 um 50%-Punkte auf **100%**.

¹ 3,9 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus deutschen Mobilfunknetzen

² Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen der GOZ bzw. GOÄ, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

³ Mit uns kooperierende Leistungserbringer im Sinne der AVB erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung und haben mit uns oder mit einem mit uns verbundenen Unternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

⁴ siehe Fußnote 1

2.3 Vorlage Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

II. Ihre Leistungen

Monatliche Beitragsraten

1. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 20 Abs. 1 AVB Teil I.

III. Sonstiges

1. Welche Nachweise sind zu erbringen?

Für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen haben Sie uns jeweils eine Kopie der spezifizierten Gesamtrechnung mit dem Erstattungsvermerk der GKV vorzulegen.

2. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?

1. Neben KombiMed Tarif D50 darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden (s. § 22 Abs. 4 und § 23 AVB Teil I).
2. Wird diese Obliegenheit verletzt, sind wir mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang AVB Teil I) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wir können das Versicherungsverhältnis aber auch ohne Einhaltung einer Frist unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang AVB Teil I) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung kündigen.

3. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?

Wir sind unter den Voraussetzungen des § 27 AVB Teil I berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse den veränderten Verhältnissen anzupassen.

4. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet die Versicherung nach KombiMed Tarif D50. Den Eintritt des Beendigungsgrundes haben Sie uns innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit schriftlich mitzuteilen.

5. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?

Nach Eintritt des Beendigungsgrundes haben die versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten das Recht, ihre Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.