

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF ZEG

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR MITGLIEDER GESETZLICHER KRANKENKASSEN ERGÄNZUNG ZUR GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland mit Versicherungsschutz für die Versorgung mit Zahnersatz versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Deutschen Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall des Versicherungsschutzes für die Versorgung mit Zahnersatz bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

2. Leistungsumfang

a) Nach diesem Tarif werden Leistungen für die zahnärztliche Versorgung in Deutschland mit Zahnersatz, Implantaten und Inlays erbracht. Die Leistungen der GKV werden von dem ermittelten Erstattungsbetrag abgezogen.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer zahnärztlichen Behandlung für

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen, Stiftzähne – auch als Suprakonstruktionen),
- Inlays,
- Implantologische Leistungen.

Bei implantologischen Leistungen ist die Erstattungsfähigkeit auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate begrenzt. Der erstattungsfähige Betrag pro einzelner implantologischer Leistung (zahnärztliche und zahntechnische Leistung) ist auf max. 1.000 EUR begrenzt.

Der erstattungsfähige Betrag pro Inlay (zahnärztliche und zahntechnische Leistung) ist auf max. 400 EUR begrenzt.

b) Die zahnärztlichen Leistungen, die nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet werden, sind bis zu den darin festgelegten Regelhöchstätzen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen) erstattungsfähig.

Die zahntechnischen Leistungen für Zahnersatz sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifes GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

c) Kein Erstattungsanspruch besteht für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

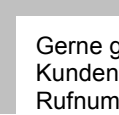
Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendungen bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

d) Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Implantate und Inlays werden zu 65% erstattet.

Von diesem ermittelten Betrag wird die Vorleistung der GKV abgezogen. Der sich danach ergebende Betrag ist der Erstattungsbetrag.

Die von allen Kostenträgern zu erbringenden Leistungen dürfen insgesamt 100% der dem Grunde nach erstattungsfähigen Leistungen nicht übersteigen.

- e) Bei Zahnersatzmaßnahmen oder bei Inlaybehandlungen mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist rechtzeitig vor Beginn der Durchführung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren.
Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.



Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)