

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

VollMed Tarif ZPL

AUFBAUSTUFE ZU EINER KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG
NACH TARIF K2B, BS5 ODER BS9

1. Zahnärztliche Heilbehandlung: Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz und Kieferorthopädie

1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen),
- funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie
- kieferorthopädische Maßnahmen für versicherte Personen, die bei Beginn der Behandlung das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

- Kronen und Brücken in metallischer Ausführung: auf eine Verblendung bis zum Zahn 5,
- implantologischen Leistungen: auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs K2B bzw. BS5, BS9 (Anlage Druckstück G 519/2 bzw. G 517/1) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Sie haben einen höheren Leistungsanspruch, wenn Sie die mit uns kooperierenden Zahnärzte (vgl. Nr. 1.2 und 1.4) in Anspruch nehmen. Fragen Sie uns, wir nennen Ihnen gerne Zahnärzte in Ihrer Nähe.

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetetze) – nach.

1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.1 ergeben, werden

zu 25 % ersetzt.

Lassen Sie diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten (vgl. Nr. 1.4) durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch um 5%-Punkte auf

30 %.

¹ Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOZ bzw. GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

1.3 Heil- und Kostenplan

Bei zahnärztlichen Maßnahmen empfehlen wir vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

1.4 Mit uns kooperierende Leistungserbringer

Mit uns kooperierende Leistungserbringer im Sinne der AVB-G erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung und haben mit uns bzw. mit einem unserer Tochterunternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Zahnärzten.

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetze) – nach.

2. Monatliche Beiträge

- 2.1 Die monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.
- 2.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 17 Abs. 4 AVB-G.
- 2.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen.

3. Versicherungsfähigkeit

Der VollMed Tarif ZPL kann nur in Verbindung mit den Tarifen K2B, BS5 oder BS9 vereinbart werden. Fällt während der Versicherung einer der zuletzt genannten Tarife fort, endet damit auch die Versicherung nach VollMed Tarif ZPL.

4. Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung)

- 4.1 Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80 % einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherten verwendet wird, unter anderem für Zwecke der Beitragsrückerstattung (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Der Versicherer kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.
- 4.2 Wird für die vereinbarten Tarife eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede Versicherung, wenn
 - a) für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind (Versicherungsleistungen sind auch die gesetzlichen Ausgleichsleistungen; einmal erbrachte Versicherungsleistungen werden von Ersatz- oder Ausgleichsleistungen Dritter an den Versicherer nicht berührt);
 - b) die Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer besteht (die zweite Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung nach § 14 Abs. 1 d oder Abs. 3 AVB-G geendet hat);
 - c) die Beiträge, die während des Geschäftsjahres fällig geworden sind, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet sind.
- 4.3 Die Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
- 4.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
- 4.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

5. Beitragsanpassung

- 5.1 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 jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2 AVB-G) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- 5.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 5.3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.

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