

**Allgemeine Versicherungsbedingungen
für die
Zahnzusatzversicherung
(AVB/Implantat)
Teil II
Tarif Implantat mit Tarifbedingungen**

Beitragstabelle nach dem Tarif Implantat

Alter	Monatsbeitrag
18 – 24 Jahre	0,70 €
25 – 29 Jahre	0,91 €
30 – 34 Jahre	2,24 €
35 – 39 Jahre	2,87 €
40 – 44 Jahre	3,75 €
45 – 49 Jahre	4,70 €
50 – 54 Jahre	6,46 €
ab 55 Jahre	8,22 €

Ab drei fehlenden und nicht ersetzten Zähnen (ausgenommen Weisheitszähne) kann kein Versicherungsschutz angeboten werden!

Tarifbedingungen für den Tarif Implantat (ergänzend zu Teil I der MB/KK 2009)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(7) Versicherungsfähig nach dem Tarif *Implantat* sind Personen, mit Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) und die kein Kostenerstattungsprinzip gewählt haben sowie im Tarif ZahnPlus der SONO Krankenversicherung a.G. versichert sind.

Das Mindestaufnahmearter beträgt 18 Jahre.

(8) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

§ 3 Wartezeiten

(7) Für die tarifliche Leistung des Tarifs *Implantat* besteht eine besondere Wartezeit von acht Monaten. Die Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, unterliegen keiner Wartezeit. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(9) Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für nachstehend aufgeführte Leistungen:

Nach diesem Tarif werden Leistungen für die zahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz in Form von Implantaten erbracht. Die Leistungen der GKV werden von dem ermittelten Erstattungsbetrag abgezogen. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer zahnärztlichen Behandlung für implantologische Leistungen. Der erstattungsfähige Betrag pro einzelner implantologischer Leistung (zahnärztlicher und zahn-technischer Art) wird zu 90% erstattet, die Leistung ist auf max. 1.000 € pro Implantat begrenzt.

Im 1. – 24. Monat gilt hiervon abweichend eine Summenbegrenzung von insgesamt höchstens 1.500 €, ab Versicherungsbeginn nach dem Tarif *Implantat* gerechnet.

Diese strengeren Begrenzungen der ersten zwei Versicherungsjahre entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(11) Anrechnung von Leistungen der GKV
Werden Leistungen der GKV nach § 4 (9) nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt wurde), leistet der Tarif *Implantat* nicht.

Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.
Erbringt die GKV für Behandlungen im Ausland eine Vorleistung, erfolgt eine Leistung gemäß § 4 (9).

Es ist zu beachten, dass auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen ist, die zur Feststellung des Versicherungsfalles erforderlich ist.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(5) Zusammen mit der Vorleistung der GKV werden nicht mehr als 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V und ist dieser für die im Tarif ZahnPlus bzw. Tarif *Implantat* vorgesehenen Leistungen angerechnet, so gilt dieser Betrag ebenfalls als Vorleistung der GKV.

§ 8 Beitragszahlung

(10) Die Beiträge sind monatlich zu entrichten und werden vom Versicherungsbeginn an berechnet. Zu Beginn der Versicherung ist ein Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.

§ 8a Beitragsberechnung

(5) Der Tarif *Implantat* ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den

mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.

Für die versicherte Person, die das 24., 29., 34., 39., 44., 49. bzw. 54. Lebensjahr vollendet hat, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Dieser Beitrag ist ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen. Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

§ 8b Beitragsanpassung

(4) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst. Beträgt die Abweichung mehr als 5%, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst werden.

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(7) Zur Prüfung eines Erstattungsanspruches benötigen wir den Nachweis über die bei der versicherten Person erbrachten Leistungen ggf. unter Angabe der betroffenen Zähne bzw. Bereiche und Behandlungsdaten (z. B. Zahnarztrechnung) sowie einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung und etwaiger Erstattungen Dritter. Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV bzw. privaten Krankenversicherung besteht, sind Kostenbelege mit einer Bestätigung des Vorleistungsträgers über die gewährten Leistungen und die Höhe eines evtl. angerechneten Selbstbehaltes bzw. deren Ablehnung einzureichen. Die Leistung der GKV ist jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(12) Die Mindestvertragsdauer im Tarif *Implantat* beträgt 2 Jahre, es sei denn, die Versicherungsfähigkeit endet vor Ablauf von 2 Jahren.

Das Versicherungsverhältnis kann schriftlich zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, gekündigt werden.

§ 17 Gerichtsstand

(4) Ansprüche aus der Versicherung verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung beansprucht werden kann.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(3) Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 der Musterbedingungen (MB/KK) berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen.

(4) Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes *Implantat* haben, ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 der Musterbedingungen (MB/KK) berechtigt, die Tarifbestimmungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.