

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

Beitragstabelle nach dem Tarif ZahnPlus

Alter	Monatsbeitrag
18 – 24 Jahre	9,44 €
25 – 29 Jahre	12,36 €
30 – 34 Jahre	15,10 €
35 – 39 Jahre	18,00 €
40 – 44 Jahre	20,67 €
45 – 49 Jahre	23,73 €
50 – 54 Jahre	25,94 €
55 – 59 Jahre	27,86 €
60 – 64 Jahre	30,19 €
65 – 69 Jahre	30,98 €
70 – 74 Jahre	31,26 €
ab 75 Jahre	31,52 €

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

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

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(7) Versicherungsfähig nach dem Tarif ZahnPlus sind Personen, mit Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) und die kein Kostenerstattungsprinzip gewählt haben.

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 besteht eine allgemeine Wartezeit von drei Monaten.

Für die Leistung nach § 4 (9) und § 4 (14 Schwangerschaftsvorsorge) besteht eine besondere Wartezeit von acht Monaten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(9) Zahnersatz

Erstattet werden Leistungen in gleicher Höhe wie die von der GKV erstatteten befundbezogenen Festzuschüsse einschließlich eventuell zu berücksichtigender Bonus- oder Härtefallleistungen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) für zahnprothetische Regelversorgungen mit Zahnersatz.

(10) Summenmäßige Begrenzungen für Zahnersatz
Die maximale tarifliche Leistung nach § 4 (9) ist begrenzt auf 5.000 € pro Kalenderjahr.

Für die ersten drei Versicherungsjahre gelten hiervon abweichend folgende Begrenzungen:

im 1. – 12. Monat insgesamt höchstens 500 €,
im 1. – 24. Monat insgesamt höchstens 1.250 €,
im 1. – 36. Monat insgesamt höchstens 2.500 €

jeweils ab Versicherungsbeginn nach dem Tarif ZahnPlus gerechnet.

Diese strengeren Begrenzungen der ersten drei Versicherungsjahre entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzu-

führen 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 ZahnPlus 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.

(12) Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Erstattet werden 100% der Aufwendungen für eine professionelle Zahnreinigung, wenn hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Erstattungsfähig sind diese Maßnahmen insgesamt bis zu 50 € pro Kalenderjahr.

Als professionelle Zahnreinigung gelten das Entfernen von harten und weichen Zahnbelägen sowie die in diesem Zusammenhang durchgeführten weiteren zahnprophylaktischen Leistungen, nämlich das Erstellen eines Mundhygienestatus, die Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, die Beseitigung von Verfärbungen, die lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnschmelze und die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen.

(13) Brille

Die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen) sind zu 100% erstattungsfähig.

Höchstens jedoch bis 200 € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren (gerechnet vom Jahr des Versicherungsbeginns) und insoweit, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden.

(14) Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden 100% der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten.

Diese erstattungsfähigen Maßnahmen sind folgendem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen zu entnehmen:

Schwangerschaftsvorsorge

- Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fetus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Zusätzliche Sonographie, einmalig pro Schwangerschaft
- Triple-Test zur Risikoeinschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fetus

Krebsvorsorge

- Große Krebsvorsorge bei Frauen
- Große Krebsvorsorge bei Männern
- Mammographie und Ultraschall-Untersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung
- Sonographie der Brust
- PSA-Test zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms
- Hautkrebs-Vorsorge einschließlich Dermatoskopie
- Endoskopische Untersuchung von Nase, Rachen und Kehlkopf zur Früherkennung bösartiger Erkrankungen bei Risikopatienten

Allgemeine Check-Ups

- Großer Gesundheitscheck
- Kleiner Gesundheitscheck
- Lifestyle-Check
- Sonographie-Check der inneren Organe
- Lungen-Check
- Hirnleistungs-Check
- Schlaganfall-Vorsorge
- Osteoporose-Vorsorge
- Schilddrüsen-Vorsorge
- Glaukom-Vorsorge zur Früherkennung des Grünen Stars
- Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung, einschließlich Hauttyp-Bestimmung

(15) Summenmäßige Begrenzungen für Vorsorgeuntersuchungen

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 500 € innerhalb eines Kalenderjahres.

§ 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 vorgesehene Leistung 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 ZahnPlus 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., 54., 59., 64., 69. bzw. 74. 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 ZahnPlus 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 ZahnPlus haben, ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 der Musterbedingungen (MB/KK) berechtigt, die Tarif-

bestimmungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

(5) Bei einer Ausweitung der gesetzlich eingeführten Programme für Vorsorgeuntersuchungen ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 der AVB ebenfalls berechtigt, das tarifliche Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.