

Krankheitskostenteilversicherung

Teil II

Krankheitskostenteilversicherungstarif: bKV ZZ Classic

Geschlechtsunabhängiger Tarif

Komfort-Zahn-Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung – bKV AVB (Gruppenversicherung) Teil I der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Versicherungsfähig sind Personen, die Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen bei Wegfall dieser Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform mitzuteilen.

In den Beiträgen dieses Tarifs ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8a bKV AVB vorgesehen.

I. Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem unter Ziffer II dargestellten Leistungsumfang.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten zahnärztliche Leistungen, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung (Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)) berechnet werden. Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt. Für die GOÄ und GOZ handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

Gesundheitspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden.

Durch Inanspruchnahme dieser Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter www.vrk.de.

II. Versicherungsleistungen

1. Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden zu 65 % ersetzt, vermindert um die Vorleistung der GKV.

Die Leistung erhöht sich bei regelmäßigem Vorsorgeverhalten in den letzten 5 Kalenderjahren vor Behandlungsbeginn auf 75 % bzw. 80 % bei regelmäßiger Vorsorge in den letzten 10 Kalenderjahren vor Behandlungsbeginn.

Für Erwachsene ist die Untersuchung beim Zahnarzt mindestens einmal im Kalenderjahr fällig, für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in jedem Kalenderhalbjahr. Die regelmäßige, lückenlose Vorsorge ist im Bonusheft zu dokumentieren.

Wenn ein von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 70 %, 80 % bzw. 85 %.

Werden Kronen, Brücken, Prothesen sowie deren Reparaturen im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung (kassenzahnärztliche Leistung) durchgeführt, ergänzt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung die Leistung der GKV auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erbringt die GKV keine Vorleistung für den Zahnersatz, z.B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung erfolgt, so werden als Vorleistung der GKV pauschal 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen angesetzt.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 6 Stück im Ober- und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Für funktionsanalytische Leistungen erfolgt eine Erstattung, wenn sie im Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme von mehr als 6 Zähnen pro Kiefer medizinisch notwendig sind.

Als Zahnersatz (Honorar sowie Material- und Laborkosten) gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stützabutments, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z.B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z.B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen oder Provisorien.

Verblendungen werden jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

2. Inlays

Inlays werden bei der Erstversorgung eines Zahns und als Ersatz von bestehenden Inlays sowie bei einer zwingenden medizinischen Indikation (insbesondere Amalgam-Allergie) gezahlt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays werden zu 50 % ersetzt. Eine evtl. Vorleistung der GKV wird hierauf nicht angerechnet und ist auch nicht erforderlich.

Bei regelmäßigem Vorsorgeverhalten in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (siehe bei Zahnersatz) erhöht sich die Leistung auf 60 % bzw. auf 65 %.

Wenn ein von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 55 %, 65 % bzw. 70 %.

Sollte unsere Erstattung zusammen mit einer Vorleistung der GKV jedoch 100 % der Gesamtkosten übersteigen, so ist die Höhe unserer Erstattung maximal die Differenz zwischen den Gesamtkosten und der GKV-Vorleistung.

Beim Austausch defekter plastischer Füllungen (z. B. Amalgamfüllung) werden für den/die gleichen betroffenen Zahn/Zähne pro Inlay bis zu 150 € Rechnungsbetrag je nach Vorsorgeverhalten zu 50 %, 60 % bzw. 65 % erstattet.

Ein Inlay (Einlagefüllung) ist eine in einem zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllung. Zur Inlayversorgung (Honorar sowie Material- und Laborkosten) zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. provisorische Versorgung, besondere Maßnahmen beim Füllen).

3. Für alle erstattungsfähigen Leistungen gilt:

Es gelten keine Wartezeiten.

Die Erstattungen für Zahnersatz und Inlays sind pro versicherte Person im 1. Versicherungsjahr (s. § 8 (3) bKV AVB) auf 500 €, in den ersten beiden Versicherungsjahren auf insgesamt 1.000 €, in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 1.500 €, in den ersten vier Versicherungsjahren auf insgesamt 2.000 € und in den ersten fünf Versicherungsjahren auf insgesamt 2.500 € begrenzt. Ab dem sechsten Versicherungsjahr gilt eine jährliche Höchstbegrenzung von 15.000 € Erstattungsbetrag. Bei Unfall entfallen diese Begrenzungen.

Bei der Erstattung der zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu

Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigefügten Preis-Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z.B. Inlays oder Keramikronen, enthalten. Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über www.vrk.de abgerufen werden.

Wenn rechtzeitig vor Beginn der Behandlung bei Zahnersatz und Inlays eine Kopie des von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplans mit dem Kostenvoranschlag des Zahnarztes, der auch spezifische Kosten für Material- und Laborkosten enthält, eingereicht wird, informiert die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG über die Höhe der zu erwartenden Erstattung. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

4. Besondere Bedingungen bei der Leistung für Zähne, die bereits bei Vertragsschluss gefehlt haben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht ersetzt waren:

- Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsschluss fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (mit Ausnahme der Weisheitszähne) sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ein sogenannter »vollständiger Lückenschluss« gilt nicht als fehlender Zahn.
- Wird im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Kronenversorgung die durch den/die fehlenden Zahn/Zähne vorhandene Lücke geschlossen, erfolgt eine anteilmäßige tarifliche Kostenerstattung im Verhältnis der behandelten, vorhandenen Zähne zur Gesamtzahl der an dieser Zahnersatzmaßnahme beteiligten Zähne unter Einrechnung des fehlenden Zahns.

Beispiel:

Es erfolgt an den Zähnen 24 bis 26 eine Kronen-/Brücken-/Kronenversorgung mit erstattungsfähigen Aufwendungen über 1.500 €. Die GKV beteiligt sich auf Grund regelmäßigen Vorsorgeverhaltens in den letzten 10 Jahren mit einem Festzuschuss von 500 €.

Somit werden 3 Zähne versorgt – einschließlich Zahn 25, der bei Vertragsschluss fehlte. Die anteilige Erstattung für diese Gesamtversorgung beträgt daher 2/3 der Tarifleistung (2 von 3 Zähnen).

Bei einer Tarifleistung von 700 € ($1.500 \text{ €} \times 80 \% = 1.200 \text{ €}$ abzgl. 500 € GKV-Leistung) beträgt die Erstattung aus diesem Tarif 466,67 € ($2/3$ ausgehend von 700 €).

5. Besondere Bedingungen für laufende, geplante oder angeratene zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen:

Zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, die bei Vertragsschluss bereits laufen oder die angeraten bzw. geplant sind, sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

III. Monatsbeiträge

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit Nachträgen.