

Wesentliche Merkmale des Tarifs ZVH

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Erstattung der Honorarkosten bis zum 2,3fachen Satz GOÄ bzw. GOZ bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädischen Maßnahmen bis 260 €, darüber hinaus 75%
- Leistungshöchstbeträge

Tarif ZVH

Krankheitskosten-Vollversicherung für Zahnärzte

Fassung Januar 2009

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Zahnärzte, sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarif ZV* erfolgt oder eine Versicherung in Tarif ZV* schon besteht. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Zahnärzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen. Familienangehörige sind der Ehegatte und die Kinder. Mit dem Ende der Versicherung nach Tarif ZV* endet auch die Versicherung nach Tarif ZVH.

* Soweit in Tarif ZV Leistungen für Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung versichert sind.

2. Die Versicherungsfähigkeit bleibt auch im Fall der Scheidung für den geschiedenen Ehegatten bestehen, wenn der Zahnarzt oder die Zahnärztin diesem gegenüber unterhaltspflichtig ist.

3. Bzgl. Ehegatten gelten die Ziffern 1. und 2. sinngemäß auch für Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang).

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Honorarkosten bis zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) für

1. Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontose-Behandlung.

2. Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Maßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens).

Erstattet werden die Aufwendungen nach II.1. und 2. je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 260 € zu 100%, darüber hinaus zu 75%.

3. Leistungshöchstbeträge

In den ersten 10 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.1. und II.2. zusammen nachstehende erstattungsfähige Leistungshöchstbeträge; dabei gelten die Leistungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt

260 €	im 1. und 2. Kalenderjahr
520 €	im 3. und 4. Kalenderjahr
780 €	im 5. und 6. Kalenderjahr
1.040 €	im 7. und 8. Kalenderjahr
1.300 €	im 9. und 10. Kalenderjahr
1.600 €	jährlich ab dem 11. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden tariflichen Leistungen.

Die oben aufgeführten Leistungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvorschlags des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.