

Wesentliche Merkmale des Tarifs CZ

Zahnärztliche Leistungen

- Kostenerstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen
- Rechnungshöchstbeträge in den ersten 10 Kalenderjahren

Erstattungshöhe

- entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe CZ 50)

Tarif CZ

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2011

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

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet und sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarife für ambulante und stationäre Heilbehandlung erfolgt oder eine Versicherung in diesen Tarifen schon besteht. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen. Mit dem Ende der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung endet auch die Versicherung nach Tarif CZ.

Nach der Tarifstufenkombination CZ 30 + CZ 120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Wegfall der Tarifstufe CZ 120. Sollte die Reduzierung des Versicherungsschutzes auf Tarifstufe CZ 30 nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe CZ 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte bei einem dann höheren Beitrag vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfalle der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination CZ 30 + CZ 120 die Tarifstufe CZ 50 zu wählen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten 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 Stützzähne, 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).

Die erstattungsfähigen Kosten werden mit folgenden Prozentsätzen vom Rechnungsbetrag erstattet:

Tarifstufe	Zahnbehandlung	Zahnersatz
CZ 50	50%	50%
CZ 45	45%	45%
CZ 40	40%	40%
CZ 35	35%	35%
CZ 30	30%	30%
CZ 25	25%	25%
CZ 20	20%	20%
CZ 120	20%	20%

3. Rechnungshöchstbeträge

In den ersten 10 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.1. und 2. zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt

1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr
2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr
3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr
5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr
7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr
unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Im jeweiligen Erstattungsfall wird vorzugsweise aus dem Rechnungsbetrag mit dem höheren Erstattungssatz geleistet. Erstattungsfall ist die Gesamtheit aller gleichzeitig eingereichten zahnärztlichen Kostenbelege. Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge 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.