

Tarif Start Zahn (StartZ)

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartZ für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 21.12.2012

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 5 RB/EF 2011 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Wartezeiten

Für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung und Zahnersatz gilt die besondere Wartezeit von acht Monaten.

B) Leistungen des Versicherers

Die zahnärztlichen Maßnahmen dürfen nur von Zahnärzten mit einer Kassenzulassung nach § 95 SGB V (siehe Anhang) durchgeführt werden.

1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR) und Fissurenversiegelung

Erstattet werden die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung mit 100 % bis zu insgesamt 50,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes, die Kontrolle des Übungserfolges, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne, die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen sowie die Behandlung, die Fluoridierung und die Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.

Die Fissurenversiegelung nach Satz 1 ist nur bis zum Ende des Kalendermonats erstattungsfähig, in dem die versicherte Person 18 Jahre alt wird. Die Fissurenversiegelung ist nur für die Zähne erstattungsfähig, für die dem Grunde nach kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt.

2. Zahnersatz

Erstattet wird der gleiche Betrag, den die GKV für im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführte Zahnersatzmaßnahmen als Festzuschuss nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) einschließlich bonusbedingter Erhöhungen nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) gezahlt hat. Zusammen mit der Leistung der GKV, anderen Erstattungsverpflichteten sowie weiteren Krankheitskostenversicherungen des Versicherers werden insgesamt bis zu 100 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Kronen, prothetische zahnärztliche Leistungen, Brücken, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich deren Reparatur sowie Material- und Laborkosten.

Die Kosten für Zahnersatz werden ab dem Zeitpunkt, zu dem Versicherungsschutz nach diesem Tarif besteht, je versicherte Person für die ersten vier Kalenderjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge (Leistungsstaffel) begrenzt:

- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 750,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.250,- Euro

Die aufgeführte Leistungsstaffel gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

Das Jahr des Beginns des Versicherungsschutzes der versicherten Person gilt als erstes volles Kalenderjahr.

In den Versicherungsschutz sind nur die bei Antragstellung für die jeweilige versicherte Person vorhandenen Zähne sowie mit Zahnersatz versorgte Zähne eingeschlossen. Zähne, die aufgrund des Kindesalters noch nicht sichtbar sind, gelten als vorhanden. Bei Antragstellung notwendige, angeratene oder beabsichtigte Zahnersatzmaßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 51 und 66 Jahre alt wird, ist der Beitrag der jeweils folgenden Altersgruppe zu zahlen.

2. Leistungsunterlagen

Für die Erstattung der Kosten für Zahnersatz muss zusätzlich zu den in § 6 RB/EF 2011 aufgeführten Unterlagen ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, auf dem die Höhe der Vorleistung der GKV vermerkt sein muss.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.