

Krankenversicherung

Ergänzungsversicherung
Private Arbeitgeber (Gruppenversicherung)

Booklet III – Stand 1. Januar 2022 – Druckstücknummer 325376

Informations- und Bedingungspaket

Inhalt

A. Informationspaket

A.1 Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen (§ 1 VVG-InfoV)	3
A.2 Ergänzende Produktinformationen für die Krankenversicherung	8

B. Bedingungspaket

B.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

AVB für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV)	18
---	----

B.2 Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag

Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die Tarife ZVP	23
--	----

B.3 Tarifbedingungen

B.3.1 Tarifbedingungen (bisex)	24
---	----

Tarif ZVP Basis (Gruppe)	25
--------------------------------	----

Tarif ZVP Standard (Gruppe)	26
-----------------------------------	----

Tarif ZVP Comfort (Gruppe)	31
----------------------------------	----

Tarif ZVP Premium (Gruppe)	36
----------------------------------	----

Tarif ZVP Plus (Gruppe)	37
-------------------------------	----

B.3.2 Tarifbedingungen (unisex)	38
--	----

Tarif ZVP Basis (Gruppe)	39
--------------------------------	----

Tarif ZVP Standard (Gruppe)	40
-----------------------------------	----

Tarif ZVP Comfort (Gruppe)	45
----------------------------------	----

Tarif ZVP Premium (Gruppe)	50
----------------------------------	----

Tarif ZVP Plus (Gruppe)	51
-------------------------------	----

B.4 Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung	52
---------------------------------------	----

A. Informationspaket

A.1 Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen (§ 1 VVG-InfoV)

1. Informationen zum Versicherer

Versicherungsunternehmen	BK – Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft Handelsregister: AG München HRB 111 650 Ust. Ident. Nr. DE 172489027
Ladungsfähige Anschrift des Versicherers	Maximilianstr. 53 81537 München Telefon (089) 2160-8888, Telefax (089) 2160-80 01 www.versicherungskammer-bayern.de service@vkb.de <i>Vorstand:</i> Andreas Kolb (Vorsitzender), Katharina Jessel, Isabella Martorell NaBl <i>Vorsitzende des Aufsichtsrats:</i> Isabella Pfaller
Hauptgeschäftstätigkeit	Der Schwerpunkt unserer Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung auf der Basis privatrechtlicher, schuldrechtlicher Verträge.
Gesetzlicher Garantiefonds	Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer/Hauptversicherten, der versicherten Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Unser Unternehmen gehört dem Sicherungsfonds an.

2. Informationen zur angebotenen Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen	Diesem Versicherungsvertrag liegen, je nach dem von Ihnen gewählten Tarif, die Tarifbedingungen (Bezeichnung entspricht dem Tarifnamen) und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die Bestimmungen des mit dem Versicherungsunternehmen bestehenden Gruppenversicherungsvertrages zu Grunde. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für die Tarife ZVP Basis (Gruppe), ZVP Standard (Gruppe), ZVP Comfort (Gruppe), ZVP Premium (Gruppe), ZVP Plus (Gruppe) gelten die AVB/KK-SV.
Versicherungsart Zusatzversicherung	Die Zusatzversicherung ist eine private Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Sie deckt, Kosten ab, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht mehr übernommen werden. Folgende Tarife der Zusatzversicherung sind Bestandteil dieses Informationspaketes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarif ZVP Basis (Gruppe) ▪ Tarif ZVP Standard (Gruppe) ▪ Tarif ZVP Comfort (Gruppe) ▪ Tarif ZVP Premium (Gruppe) ▪ Tarif ZVP Plus (Gruppe)
Versicherte Leistungen und ausgeschlossene Risiken	Im Nachfolgenden stellen wir Ihnen in einer kurzen Übersicht die Leistungen der gewünschten Tarife vor:
Tarif ZVP Basis (Gruppe)	Der Tarif leistet für: Zahnersatz Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Versorgung werden 10 % der Kosten erstattet, die der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegen. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, erfolgt auch keine Leistung aus diesem Tarif.

Heilpraktiker

50 % der entstehenden Kosten für Behandlungen sowie verordnete Arznei- und Verbandmittel auf Grundlage der Mindestsätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) aus maximal 750 Euro pro Kalenderjahr.

Nicht erstattet werden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Auslandsreise

100 % der entstehenden Kosten für unvorhergesehene ambulante und stationäre Behandlungen bei Auslandsreisen bis zu einer Dauer von zwei Monaten sowie der Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes

Tarif ZVP Standard (Gruppe)

Der Tarif leistet für:

Zahnersatz

Innerhalb von vier Kalenderjahren 30 % der entstehenden Kosten für Zahnersatz, Inlays und Implantate aus 7.675 Euro, zusätzlich werden noch 15 % der Leistungen aus weiteren 7.675 Euro erstattet.

Die Summe aller Leistungen inkl. der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dürfen 90 % des Rechnungsbetrages nicht übersteigen.

Sehhilfen

100 % der entstehenden Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis maximal 155 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

Heilpraktiker

50 % der entstehenden Kosten für Behandlungen sowie verordnete Arznei- und Verbandmittel auf Grundlage der Höchstsätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) aus maximal 750 Euro pro Kalenderjahr.

Nicht erstattet werden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Auslandsreise

100 % der entstehenden Kosten für unvorhergesehene ambulante und stationäre Behandlungen bei Auslandsreisen bis zu einer Dauer von zwei Monaten sowie der Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes.

Tarif ZVP Comfort (Gruppe)

Der Tarif leistet für:

Zahnersatz

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen) im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ und GOZ
- Füllungen und Gussfüllungen (Inlays)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- implantologische Leistungen bei Vorliegen der im Tarif genannten Indikationen und im tariflichen Umfang
- Erstellung eines Heil- und Kostenplanes

Innerhalb von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Rechnungsbetrag von 15.350 Euro der erstattungsfähigen Kosten bezahlt.

Von den Kosten werden erstattet

- 30 % aus einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 7.675 Euro sowie 15 % der Kosten, die einen Rechnungsbetrag von 7.675 Euro übersteigen. Insgesamt mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe werden jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages erstattet.

- Kosten für einen Heil- und Kostenplan zu 100 %.

Die zahntechnischen Laborarbeiten werden im Rahmen des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Leistungen für Kieferorthopädie.

Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

Wird der Heil- und Kostenplan nicht oder nicht rechtzeitig eingereicht, werden die über 2.500 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten nicht ersetzt.

Sehhilfen

100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie für Reparaturen bis maximal 155 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren

Heilpraktiker

50 % der entstehenden Kosten für Behandlungen sowie verordnete Arznei- und Verbandmittel auf Grundlage der Höchstsätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) aus maximal 750 Euro pro Kalenderjahr.

Nicht erstattet werden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Auslandsreise

100 % der entstehenden Kosten für unvorhergesehene ambulante und stationäre Behandlungen bei Auslandsreisen bis zu einer Dauer von zwei Monaten sowie der Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes.

Stationäre Heilbehandlung

- Unterbringung im Zweibettzimmer

- Behandlung durch den Chefarzt oder durch den Arzt Ihres Vertrauens
 - Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 16 Euro pro Tag des stationären Aufenthaltes, wenn der Patient auf die Unterbringung im Zweibettzimmer oder die Chefarztbehandlung verzichtet.
 - Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 32 Euro pro Tag des stationären Aufenthaltes, wenn der Patient auf die Unterbringung im Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung verzichtet.
- Die Kosten werden zu 100 % erstattet.

*Tarif ZVP Premium
(Gruppe)*

Der Tarif leistet für:

Stationäre Behandlung

- Unterbringung im Einbettzimmer
- Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 21 Euro pro Tag des stationären Aufenthaltes, wenn der Patient auf die Unterbringung im Einbettzimmer verzichtet

*Tarif ZVP Plus
(Gruppe)*

Der Tarif leistet für:

Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

50 % der Kosten für medizinisch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen sowie die ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen aus bis zu insgesamt 300 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren

Krankenhaustagegeld

10 Euro pro Tag eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes bis maximal 280 Euro pro Kalenderjahr

Zuzahlungen

50 % der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel (physikalische Therapie) aus maximal 300 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren

**Fälligkeit und
Leistungserfüllung**

Leistungspflicht für den Versicherer besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung, des Kaufs der Arzneimittel, des Krankenhausaufenthaltes.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.

Unsere Geldleistungen sind fällig, wenn wir die notwendigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und zum Umfang unserer Leistungspflicht durchgeführt haben. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Wurde der Anspruch auf Auszahlung der Geldleistung bei uns eingereicht, so wird der Lauf der Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder der bezugsberechtigten versicherten Person unsere Entscheidung in Textform zugeht.

Beitrag

Die Beiträge können den jeweils gültigen Tarifdruckstücken entnommen werden.

Falls für den von Ihnen gewünschten Tarif eine Risikoprüfung durchgeführt wird, ist es je nach gewähltem Tarif möglich, dass zusätzlich zu dem ausgewiesenen Beitrag ein Risikozuschlag notwendig wird. Über diesen werden wir Sie – soweit er nicht bereits im Antrag oder Angebot enthalten ist – gesondert informieren.

Zusätzliche Kosten

Beiträge für Versicherungen sind umsatzsteuerfrei. Zusätzliche Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Rückläufe aus SEPA-Lastschriftverfahren, Übersetzungsgebühren). In solchen Fällen können wir eine Gebühr gesondert in Rechnung stellen.

Wir unterhalten keine Telekommunikationsanschlüsse, für die Sie über die üblichen Grundtarife hinausgehende Nutzungsgebühren zahlen müssten.

*Zahlung und
Erfüllung des
Beitrags*

Der Beitrag ist als Jahresbeitrag grundsätzlich zu Beginn der Versicherung bzw. zu Jahresbeginn zu zahlen. Sie können den Beitrag aber auch in monatlichen Raten zahlen. Bei monatlicher Ratenzahlung ist der Beitrag zu Beginn eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages (d. h. nach Zugang des Versicherungsscheines/Versicherungsnachweises) zu zahlen.

Nähere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie unter § 8a in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu den von Ihnen gewählten Produkten.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages als auch die eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Über die näheren Rechtsfolgen und wie Sie diese vermeiden können, werden wir Sie in einem ggf. erforderlichen Mahnschreiben ausführlich informieren.

Die Beitragszahlung findet im SEPA-Lastschriftverfahren statt. Ihre hierzu gemachten Angaben werden in der Beitragsaufstellung zum Versicherungsschein/Versicherungsnachweis wiedergegeben.

**Gültigkeitsdauer
dieser Information**

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes-, Tarif- oder Beitragsänderungen, nicht befristet.

3. Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages	<p>Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der per Brief gestellte Antrag, unsere Willenserklärung ist die entsprechende Annahmeerklärung bzw. der Ihnen übermittelte Versicherungsschein/Versicherungsnachweis.</p> <p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein/Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Der Vertrag ist abgeschlossen, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben; sichtbares Zeichen hierfür ist der Versicherungsschein/Versicherungsnachweis oder eine entsprechende Annahme-Bestätigung.</p> <p>Sind Wartezeiten im Tarif vorgesehen, beginnt der Versicherungsschutz erst nach deren Ablauf. Die Wartezeit läuft ab Versicherungsbeginn. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz- und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit acht Monate. Sofern der Gruppenversicherungsvertrag es vorsieht, können die Wartezeiten erlassen werden.</p>
Widerrufsrecht und -folgen	<p>Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen der Versicherungsschein/Versicherungsnachweis, die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen, die Widerrufsbelehrung, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten sowie die Informationen nach § 1 VVG-InfoV jeweils in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an das Versicherungsunternehmen (Anschrift siehe oben unter dem Punkt „Ladungsfähige Anschrift“).</p> <p>Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs fällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Beitrag in Höhe von 1/30 des vereinbarten Monatsbeitrages bzw., wenn Jahresbeiträge vereinbart sind, um 1/360 des vereinbarten Jahresbeitrages, multipliziert mit der Anzahl der Kalendertage, gerechnet vom Versicherungsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs beim Versicherer. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beiträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.</p>
Laufzeiten	<p>Die Vertragslaufzeit in der Krankenversicherung ist grundsätzlich unbegrenzt, solange Versicherungsfähigkeit in Ihrem Tarif besteht. Besondere Beendigungsgründe wie Tod oder Wegzug aus Europa finden Sie in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgezählt.</p>
Kündigungsbedingungen	<p>Sie können das Vertragsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres, frühestens aber nach Ablauf einer Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten, kündigen. Die Kündigung kann dabei auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Die Mindestvertragsdauer beträgt in der Krankheitskostenversicherung bis zu zwei Jahre.</p>
Anwendbares Recht	<p>Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für diesen Vertrag deutsches Recht. Ansprüche gegen den Versicherer können bei dem Gericht des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers geltend gemacht werden. Näheres zum Gerichtsstand finden Sie in § 15 Ihrer AVB.</p>
Sprache	<p>Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.</p>

4. Informationen zum Rechtsweg

Beschwerdestelle und Aufsichtsbehörde für die Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Beschwerdestelle Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Betreuer oder direkt an uns.

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse nimmt am Streitbelegungsverfahren des Ombudsmann für Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de, teil. Nachdem Sie Ihre Beschwerde erfolglos bei uns geltend gemacht haben, können Sie sich schriftlich an den Ombudsmann wenden.

Das Verfahren ist für Sie kostenlos und unverbindlich.

Haben Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Weg, beispielsweise über eine Webseite oder via E-Mail, geschlossen, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbelegungsplattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr> nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort zunächst an uns und dann an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet. Geben Sie bitte im Beschwerdeformular folgende E-Mail-Adresse an: odr-Kommunikation@vkb.de .

Diese E-Mail-Adresse dient ausschließlich der Kommunikation zwischen der Europäischen Kommission und uns. Wenn Sie direkt mit uns in Kontakt treten wollen, nutzen Sie bitte die allgemeine Kontaktadresse der Bayerischen Beamtenkrankenkasse.

Aufsichtsbehörde Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Beschwerden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de
zu richten.

Ihr Recht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleibt unberührt.

A.2 Ergänzende Produktinformationen für die Krankenversicherung

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Deutschland

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

ZVP Basis
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZVP Basis (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif ZVP Basis (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkasse abzüglich der höchstmöglichen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung)
- ✓ Heilpraktiker



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Mindestsatz der Gebührenordnung (GebÜH).
- ! Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung bei Zahnersatz keine Leistung, erfolgt auch keine Erstattung aus diesem Tarif.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

ZVP Standard
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZVP Standard (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif ZVP Standard (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Heilpraktiker



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebüH).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechende.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

ZVP Comfort
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZVP Comfort (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif ZVP Comfort (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Heilpraktiker
- ✓ Stationäre Heilbehandlung (Privatärztliche Behandlung (z.B. durch Chefarzt), ambulante Operationen, Unterkunft im Zweibettzimmer)



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Stationäre Aufenthalte mit überwiegend psychotherapeutischer Behandlung
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebÜH).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

ZVP Premium
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZVP Premium (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif ZVP Premium (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Stationäre Behandlung
 - Unterbringung im Einbettzimmer
 - Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf Unterbringung im Einbettzimmer



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrifteinzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

ZVP Plus
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZVP Plus (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif ZVP Plus (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Zuzahlungen und Eigenanteile bei
 - Arznei- und Verbandmitteln,
 - Heilmitteln (physikalische Therapie)
- ✓ Vorsorgeuntersuchungen
- ✓ Schutzimpfungen
- ✓ Krankenhaustagegeld



Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt- und Zahnarzkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschriftzugang bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten keine Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

B. Bedingungspaket

B.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen

AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung

Stand: 01.09.2021, SAP-Nr. 331960, 08.2021

Begriffsbestimmungen

Versicherungsnehmer, Hauptversicherter und Mitversicherter

(1) Versicherungsnehmer ist der Dienst-/ Arbeitgeber oder ein sonstiger Vertragspartner, der einen Versicherungsvertrag mit der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG abgeschlossen hat.

(2) Hauptversicherte sind die teilnehmenden Mitarbeiter oder Mitglieder des Versicherungsnehmers.

(3) Mitversicherte sind die versicherten Angehörigen des Hauptversicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Gruppenversicherungsvertrag und im Tarif genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall leistet er Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Bei Personen, deren Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko darstellt, kann der Versicherer den Antrag ablehnen oder die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dem Versicherungsnachweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.

(5) Verlegt ein Hauptversicherter oder ein Mitversicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsvertrages und nicht vor Zugang des Versicherungsnachweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Zugang des Versicherungsnachweises eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei

Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- a) bei Unfällen
- b) für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(5) Sofern der Vertrag es vorsieht, können die Wartezeiten erlassen werden.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Leistungspflicht besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. Zeitpunkt der Behandlung, des Kaufes der Arzneimittel oder Hilfsmittel, des Krankenhausaufenthaltes.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Als Arzneimittel gelten nicht, selbst wenn sie im Einzelfall für die Behandlung einer Krankheit verordnet sind, Tonika, Diät-, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und Genussmittel, medizinische Weine, Mineralwasser, Badezusätze, Kosmetika und Mittel, die der Reinigung und Pflege des Körpers dienen; ferner sind von der Kostenerstattung ausgeschlossen Arzneimittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, die auch der Empfängnisverhütung dienen oder die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern.

(5) Als Heilmittel gelten die im Abschnitt E „physikalisch-medizinische Leistungen“ der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Leistungen, soweit sie von den in Absatz 2 aufgeführten Therapeuten sowie von staatlich geprüften Krankengymnasten, Masseurinnen, medizinischen Bademeistern, Logopäden und Fachkräften für Lymphdrainagen erbracht werden.

(6) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(7) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 6 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

(8) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(9) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Hauptversicherte in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Hauptversicherten oder der mitversicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Hauptversicherten oder die mitversicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Hauptversicherte das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Hauptversicherten über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltsweg unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
 - für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche auf Krankenhaustagegeld bleiben hiervon unberührt.

(4) Hat der Hauptversicherte oder der Mitversicherte wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Versicherungsleistungen sind mit dem vorgesehenen Vordruck zu beantragen. Kostenbelege sind im Original einzureichen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

(3) Alle Rechnungen müssen den Namen des Behandelten, die Bezeichnung der behandelten Krankheit, Angabe und Zahl der einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten und den Ziffern der zugrunde liegenden Gebührenordnung enthalten. Arzneimittelrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung für den entsprechenden Zeitraum einzureichen. Bei Rechnungen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung in die deutsche Sprache verlangen.

(4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an den Mitversicherten zu leisten, wenn der Hauptversicherte ihm diesen in Textform als Empfangsberechtigten für dessen Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Hauptversicherte die Leistung verlangen.

(6) Die in fremder Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(8) Der Hauptversicherte hat gegen den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen für sich und seine Mitversicherten.

Der Versicherer darf eine Forderung, die er aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer hat, nicht gegen die Versicherungsleistung gegenüber dem Hauptversicherten aufrechnen, wenn der Hauptversicherte nachweisen kann seiner Zahlungspflicht nachgekommen zu sein. § 35 VVG findet insoweit keine Anwendung.

(9) Ansprüche aus Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsvertrages, mit dem Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit oder mit dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person abgemeldet wird.

Pflichten des Versicherungsnehmers und des Hauptversicherten

§ 8 Beitragsberechnung, Beitragsanpassung

(1) Die Berechnung und die Höhe der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

(2) 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 diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen oder tarifliche Höchstbeträge angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(3) Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers bzw. Hauptversicherten folgt.

§ 8a Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird die Versicherung für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe abgeschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherte nicht fristgemäß gekündigt hat, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherte mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherte in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten in angemessener Höhe verpflichtet.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Hauptversicherte und der als empfangsberechtigt benannte Mitversicherte (vergleiche § 6 Absatz 5) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

Es obliegt dem Hauptversicherten und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen.

Die Obliegenheit entfällt, soweit der Hauptversicherte und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absätze 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der Mitversicherten stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Hauptversicherte oder ein Mitversicherter Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Hauptversicherte oder der Mitversicherte hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Ersatzanspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Hauptversicherte oder ein Mitversicherter vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Hauptversicherten oder dem Mitversicherten ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Das Versicherungsverhältnis des Hauptversicherten sowie die darauf beruhenden Versicherungsverhältnisse der Mitversicherten enden, soweit der Versicherungsvertrag keine abweichende Regelung enthält,

- a) bei Beendigung des Versicherungsvertrages;
- b) bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Hauptversicherten,
- c) bei Tod des Hauptversicherten.

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Das Versicherungsverhältnis der Mitversicherten endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

(3) Das Versicherungsverhältnis des Hauptversicherten und seiner Mitversicherten oder der Mitversicherten allein endet bei Abmeldung zu dem im Versicherungsvertrag geregelten Zeitpunkt.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Hauptversicherte die betroffene Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens von der Versicherung abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistung gemäß § 16, so kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung abmelden. Bei einer Beitragserhöhung kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, zu dem diese wirksam wird.

§ 13a Fortführung als Einzelversicherung

(1) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach § 13 Absätze 1 bis 3 kann der Hauptversicherte bzw. können die mitversicherten Personen, sofern das Versicherungsverhältnis mindestens drei Monate ununterbrochen bestand, die Umwandlung der bisherigen Gruppenversicherung in eine Einzelversicherung nach einem entsprechenden für das Neugeschäft offenen Tarif des Versicherers und den dafür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen verlangen. Bei Tod des Hauptversicherten oder Kündigung des Versicherungsvertrages / -verhältnisses gilt Satz 1 unabhängig von der bisher zurückgelegten Versicherungsdauer.

(2) Soweit sich keine Mehrleistungen ergeben, werden Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Laufzeit der Gruppenversicherung aufgetreten sind, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten in den Versicherungsschutz übernommen. Bestehende besondere Vereinbarungen bleiben dabei in Kraft.

(2a) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Kündigung, Abmeldung oder einvernehmliche Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages informiert der Versicherer den Hauptversicherten in Textform über den Zeitpunkt, zu dem das Versicherungsverhältnis endet, und über die Möglichkeit der Fortsetzung als Einzelversicherung, sofern eine solche vom Versicherer angeboten wird.

(3) Der Antrag auf Umwandlung muss innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag dem Versicherer in Textform zugehen. Bei Kündigung des Versicherungsvertrages / -verhältnisses endet das Umwandlungsrecht zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

(4) Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung wird die Zeit, während der der jeweilige Versicherte im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Fristen und Wartezeiten in der Einzelversicherung angerechnet.

Sonstige Bestimmungen

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Willenserklärungen des Versicherers können auch gegenüber dem Hauptversicherten abgegeben werden, sofern sie ihn oder seinen Mitversicherten betreffen.

§ 15 Klagefrist/Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherte seinen Wohnsitz

(in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt) oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers bzw. Hauptversicherten oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Hauptversicherte nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherten folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer bzw. Hauptversicherten mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

B.2 Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag

Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die Tarife ZVP

Stand: 1. September 2021

Versicherbarer Personenkreis	Versicherbar sind Personen (Mitarbeiter/Mitglieder und deren Angehörige), die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Kinder können bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres versichert werden.
Anmeldung, Gesundheitsprüfung	Die Aufnahme in die Versicherung ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Bei Personen, deren Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko darstellt, kann der Antrag abgelehnt oder die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.
Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Wartezeiten	Der Versicherungsschutz im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages beginnt mit dem im Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt, frühestens mit Inkrafttreten dieses Vertrages und nicht vor Zugang des Versicherungsnachweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers. Die allgemeine Wartezeit entfällt. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Bei Unfällen entfallen auch die besonderen Wartezeiten.
Rechte aus dem Versicherungsverhältnis	Der Hauptversicherte hat für sich und seine Mitversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen gegen den Versicherer. Der Versicherer kann Forderungen des Hauptversicherten nicht mit Forderungen verrechnen, die ihm gegenüber dem Versicherungsnehmer zustehen. § 35 VVG findet keine Anwendung. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person können auch berücksichtigt werden, sofern nach den Versicherungsbedingungen oder den gesetzlichen Vorschriften die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von Bedeutung sind.
Beendigung des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis der einzelnen Personen endet: <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses. Die Kündigung ist zum 31.12. des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre jeweils mit einer Frist von drei Monaten möglich. Eine spätere Wiederanmeldung ist ausgeschlossen. ▪ bei Beendigung des Dienst-/Arbeitsverhältnisses des Mitarbeiters, jedoch nicht bei Rentengewährung in unmittelbarem Anschluss an das Arbeitsverhältnis, ▪ bei Ehegatten mit Rechtskraft der Scheidung, ▪ bei Kindern mit Vollendung des 27. Lebensjahres, ▪ bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages, ▪ bei Ausscheiden aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, ▪ bei Tod der versicherten Person.
Ausscheiden und Weiterversicherung	Aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausscheidende Versicherte können die Versicherung zu den Bedingungen der entsprechenden Einzelversicherung fortsetzen. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach dem Gruppenversicherungsvertrag mindestens drei Monate bestanden hat und der Antrag auf Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag dem Versicherer in Textform zugeht.

B.3 Tarifbedingungen

B.3.1 Tarifbedingungen (bisex)

Die Tarifbedingungen dieses Abschnitts sind für Verträge mit Vertragsbeginn bis 20. Dezember 2012 (ausgenommen nach diesem Datum hinzukommende Angehörige) gültig.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 1. März 2011 entschieden, dass unterschiedliche Versicherungsbeiträge für Männer und Frauen unzulässig sind. Ab dem 21. Dezember 2012 dürfen daher nur noch Versicherungen mit geschlechtsneutralen Beiträgen, sogenannte „Unisex-Tarife“, angeboten werden.

Die Unisex-Tarife gelten nur für neue Versicherungen ab dem 21. Dezember 2012. In bereits bestehenden Versicherungen gibt es keine Änderungen. Der Gesetzgeber hat entschieden, dass in laufende Verträge nicht eingegriffen werden darf.

Das bedeutet:

Die Bedingungen dieses Abschnitts gelten

- wenn Sie bis zum 20. Dezember 2012 eine Versicherung mit einem Frauen- bzw. Männerbeitrag abgeschlossen haben
- für eine mitversicherte Person (z. B. Ehegatte), wenn für diese die Versicherung bis zum 20. Dezember 2012 abgeschlossen wurde.

Tarif ZVP Basis (Gruppenversicherung) Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr. 325026, 12.2021

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV).

Versicherungsleistungen

Auslandsreisen

1. Erstattungsfähig sind zu

100%

bei einem im Ausland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung,
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen,
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt,
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

2. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig zu

100 %

die Kosten für

- medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

2.a Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Zahnersatz

3. Erstattungsfähig sind die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung entstandenen Kosten zu

10%.

Die Erstattung berechnet sich aus dem Betrag, der auch der Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegt.

4. Erbringt die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, erfolgt keine Erstattung.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

5. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)

6. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

7. Die Kosten werden aus einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 750 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

50%

ersetzt.

8. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Sonstige Tarifbestimmungen

9. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der Gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

10. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

11. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Basis (Gruppenversicherung)		
	Männer	Frauen
Alter	Euro	Euro
0 - 19 Jahre	1,74	1,74
20 - 64 Jahre	2,50	2,50
ab 65 Jahren	6,31	6,31

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

12. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung

GebüH Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ Gebührenordnung für Ärzte
GOZ Gebührenordnung für Zahnärzte

Tarif ZVP Standard (Gruppenversicherung) Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 325028, 12.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

1. Erstattungsfähig sind zu

100 %

die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis zu insgesamt 155 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wird, zurückgerechnet.

Auslandsreisen

2. Erstattungsfähig sind zu

100 %

bei einem im Ausland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung,
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen,
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt,
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

3. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig zu

100 %

die Kosten für

- medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.a Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Zahnersatz

4. Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen),
Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.
- Füllungen sowie Gussfüllungen (Inlays),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - Freiendücke, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen,
 - Fixierung einer Totalprothese.

Kosten für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen erstattungsfähig; Kosten für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

5. Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.350 Euro der erstattungsfähigen Kosten gezahlt.

Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

6. Von den Kosten werden ersetzt:

30 %

aus einem erstattungsfähigen Betrag von bis zu 7.675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr als insgesamt 90 % des Rechnungsbetrages.

Die Kosten für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

ersetzt.

7. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in dem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

8. Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Kosten der versicherten Person mit.

Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 2.500 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

9. Zahnarztrechnungen sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOZ oder GOÄ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

Die Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3-fache Gebührensatz, für medizinischtechnische Leistungen der 1,8-fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15-fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

10. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH)

11. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

12. Die Kosten werden aus einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt bis zu 750 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

50 %

ersetzt.

13. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Sonstige Tarifbestimmungen

14. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und

gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

15. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 16 AVB/KK-SV berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

16. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

17 entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Standard (Gruppenversicherung)		
Alter	Männer Euro	Frauen Euro
0 -19 Jahre	3,49	3,49
20 -29 Jahre	7,28	9,32
30 -39 Jahre	8,85	11,67
40 -49 Jahre	10,12	13,75
50 -59 Jahre	13,23	15,61
60 -64 Jahre	14,45	17,93
ab 65 Jahren	14,45	17,93

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

18. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z.B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	15,00	Onlay aus Metall	101,00
Dowel-Pin setzen	3,20	Kronen und Brückentechnik	
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	15,00	Angelieferte Modellation gießen	22,00
Frässockel	10,70	Anker für Klebebrücke	82,00
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,00	Auflage an Brückenglied	13,00
Kunststoffstümpfe	15,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	6,70	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	60,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	6,70	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Modell aus Kunststoff	21,70	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	83,80
Modell aus Superhartgips	8,70	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,00
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	10,70	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	10,70	Papille aus Keramik	34,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,00	Papille aus Komposit	20,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	13,80	Papille aus Kunststoff	15,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Sattelpontic aus Keramik	34,80
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,00	Sattelpontic aus Komposit	20,10
Modellpaar sockeln	24,00	Sattelpontic aus Kunststoff	15,00
Modellpaar trimmen	9,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,00	Stiftaufbau, direkt	35,00
Okklusionsmodell	6,70	Stiftaufbau, indirekt	55,10
Okklusionsmodell für Sägesegmente	10,70	Teilverblendung aus Keramik	97,40
Remontagemodell	24,50	Teilverblendung aus Komposit	70,00
Set-up, je Zahn	9,00	Teilverblendung aus Kunststoff	47,40
Spezialmodell	18,00	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00
Split-Cast-Sockel an Modell	8,70	Vollverblendung aus Keramik	106,30
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,30	Vollverblendung aus Komposit	84,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Vollverblendung aus Kunststoff	57,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	22,80	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	6,60	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	77,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	22,80	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	77,90
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelpontic aus Keramik	34,80
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	33,50	Wurzelpontic aus Komposit	20,10
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	29,20	Wurzelpontic aus Kunststoff	15,00
Spezialbissplatte	22,80	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Tiefziehteil, Formteil für provisorische Versorgung	19,00	Zahnfleisch aus Keramik	34,80
Vorwall	13,00	Zahnfleisch aus Komposit	20,10
Inlays und Onlays		Zahnfleisch aus Kunststoff	15,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	120,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	46,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00	Federbolzen, Friktionsstift	46,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Geschiebe, komplett	218,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	129,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	108,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	76,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
		Konfektionsstegglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
		Lager für Ankerbandklammer	58,00
		Lager für Raste	15,00
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,00
		Lager für Schubverteilungsarm	58,00
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	218,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	129,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	170,00

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	112,00		
Schubverteilungsarm	59,00		
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teileleistungen)	260,90		
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teileleistungen)	174,10		
Verschraubung/Verbolzung	46,00		
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	76,00		
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz			
Adams-Klammer, gebogen	17,00		
Approximalklammer, gebogen	11,00		
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Auflage, gebogen	11,00		
Auflage, gegossen/Edelmetall	12,00		
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00		
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00		
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00		
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00		
Basisteil, gegossen/Edelmetall	69,00		
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00		
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	54,70		
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,00		
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	31,00		
Doppelbogenklammer, gebogen	16,70		
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Dreiecksklammer, gebogen	11,00		
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	12,00		
Einarmige Klammer, gebogen	11,00		
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,00		
Gegenlager, gebogen	11,00		
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	22,00		
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00		
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	31,00		
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	50,00		
Haltesporn, gebogen	10,00		
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00		
Interdental-Knopfklammer	11,00		
Kralle, gebogen	12,20		
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,20		
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,00		
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	141,60		
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	41,00		
Ösenklammer, gebogen	11,00		
Pfeilanker, gebogen	10,00		
Pfeilklammer, gebogen	17,00		
Retention gebogen	45,00		
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00		
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	31,00		
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch aus Edelmetall	41,00		
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	31,00		
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00		
Tropfenklammer, gebogen	11,00		
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00		
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,00		
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	16,70		
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	31,00		
Umgebungsbügel bei Diastema	12,00		
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00		
Voßklammer, gebogen	17,00		
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,00		
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	16,70		
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	31,00		
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
		Metallverbindungen	
		Konditionierung je Zahn/Flügel	13,90
		Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen, je Verbindung	18,20
		Lichtbogenschweißen je Verbindung	18,20
		Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20
		Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20
		Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
		Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	18,20
		Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
		Lötung auf Modell, Grundeinheit	18,20
		Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	29,10
		Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
		Aktiver Sporn	10,50
		Ankerband/ Ankerkappe	25,00
		Aufbiss	12,50
		Auflage-KFO	11,00
		Außenbogen	29,70
		Basis für Einzelkiefergerät	61,00
		Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	129,00
		Coffin-Feder	25,00
		Doppelplatten-Führungssporn	30,00
		Dorn	10,50
		Druckfeder, Zugfeder	13,00
		Facebow anpassen	11,00
		Feder, gekreuzt	10,50
		Feder, geschlossen/kompliziert	13,00
		Feder, offen	10,50
		Federbügel	26,00
		Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop	10,50
		Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	61,00
		Innenbogen	29,70
		KFO Platte voreinschleifen	9,00
		Kinnkappe mit Retentionshaken	52,00
		Kunststoffschild	19,00
		Labialbogen	22,50
		Labialbogen, intermaxillär	36,50
		Labialbogen, modifiziert	29,70
		Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,00
		Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
		Lötung je zusätzliche Einheit	18,00
		Lötung, je Einheit, KFO	18,00
		Palatinalbogen	29,70
		Pelotte	19,00
		Pelottenklammer	11,00
		Positioner	129,00
		Protrusionsbogen	16,00
		Remontieren von KFO-Gerät	47,00
		Retentionsschiene	79,00
		Rücklaufsporn	10,50
		Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	45,00
		Schraube einarbeiten	17,50
		Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
		Spezialschraube	24,00
		Spike/Stopp	11,30
		Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
		Trennen einer Basis, auch erschwert	7,50
		U-Bügel	26,00
		Verankerungsklammer	17,50
		Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	11,00
		Vorbiss oder Rückbiss	12,50
		Vorhofplatte	58,00
		Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
		Zungengitter	18,00
		Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
		Adjustierte Aufbisssschiene	133,00
		Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
		Basis, tiefgezogen	22,80
		Erweitern einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
		Instandsetzen einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
		Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	133,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.
Medikamententrägerschiene	79,00	
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	55,00	
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	55,00	
Schiene, tiefgezogen	79,00	
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00	
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00	
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	79,00	
Wiederherstellung/Erweiterung		
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00	
Basis erneuern, auch KFO	69,50	
Basis unterfüttern, auch KFO	56,80	
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00	
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00	
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00	
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00	
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00	
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inklusive Trennsplatt	37,00	
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	8,50	
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	8,50	
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	8,50	
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	37,00	
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	8,50	
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	8,50	
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	8,50	
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	8,50	
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	8,50	
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	8,50	
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	8,50	
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	8,50	
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	8,50	
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	8,50	
Leistungseinheit, Sekundärteil	8,50	
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	8,50	
Leistungseinheit, Verlängerung	8,50	
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	8,50	
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	8,50	
Implantate und Suprakonstruktionen		
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	40,00	
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00	
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00	
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00	
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	83,80	
Implantat-Kontrollschablone	38,00	
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,00	
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00	
Verlängerungshülse für Implantat	15,00	
Verschraubung Implantat	48,00	
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00	
Zahn vermessen	2,50	
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	14,00	
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien		
Einstellen nach Registrat	13,80	
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	20,00	
Kauffläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	28,00	
Registrat	22,80	
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	17,00	
Sonstiges		
Nichtedelmetall-Zuschlag	13,60	
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,00	

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der

Tarif ZVP Comfort (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 325032, 01.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

1. Erstattungsfähig sind zu

100 %

die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis zu insgesamt 155 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren.

2. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wird, zurückgerechnet.

Auslandsreisen

3. Erstattungsfähig sind zu

100 %

bei einem im Ausland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung,
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen,
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt,
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

4. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig zu

100 %

die Kosten für

- medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung angefallen wäre.

5. Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Zahnersatz

6. Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen)
Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.
- Füllungen sowie Gussfüllungen (Inlays),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - Freierücken, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen,
 - Fixierung einer Totalprothese.

Kosten für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen erstattungsfähig; Kosten für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

7. Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.350 Euro der erstattungsfähigen Kosten gezahlt.

Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

8. Von den Kosten werden ersetzt:

30 %

aus einem erstattungsfähigen Betrag von bis zu 7.675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr als insgesamt 90 % des Rechnungsbetrages.

9. Die Kosten für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

ersetzt.

Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Kosten der versicherten Person mit.

Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 2500 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

10. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in dem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

11. Die Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3-fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8-fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15-fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

12. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH)

13. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

14. Die Kosten werden aus einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt bis zu 750 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

50 %

ersetzt.

15. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht und über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt,

16. die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
 a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von § 115 a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
 b) für ambulante Operationen (im Sinne von § 115 b SGB V)

17. die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer. Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für das Einbettzimmer, werden diese nicht ersetzt. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer (Kategorien) mit drei und mehr Betten und werden als gesondert berechenbare Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 % dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag erstattungsfähig.

17.a von den allgemeinen Krankenhauskosten die Mehrkosten, die entstehen können, wenn ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt wird. Dies gilt nicht bei Krankenhäusern, mit denen die gesetzliche Krankenversicherung keinen Versorgungsvertrag hat oder wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht an den allgemeinen Krankenhauskosten beteiligt.

18. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %

19. Werden Leistungen entweder nach Nummer 16 **oder** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

16 Euro pro Tag.

Werden Leistungen nach Nummer 16 **und** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

32 Euro pro Tag.

20. Berechnet das Krankenhaus keine Zuschläge für die Unterbringung im Zweibettzimmer im Sinne der Nummer 17 (Regelleistung), entsteht hieraus kein Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld nach Nummer 19.

21. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.

Sonstige Tarifbestimmungen

22. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

23. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

24. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 16 AVB/KK-SV berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

25. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

26. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Comfort (Gruppenversicherung)		
Alter	Männer Euro	Frauen Euro
0 – 19 Jahre	6,97	6,97
20 – 29 Jahre	12,68	18,41
30 – 39 Jahre	17,47	24,66
40 – 49 Jahre	25,20	32,89
50 – 59 Jahre	43,81	44,53
60 – 64 Jahre	55,98	50,94
ab 65 Jahren	84,41	65,44

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

27. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z.B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	15,00	Onlay aus Metall	101,00
Dowel-Pin setzen	3,20	Kronen und Brückentechnik	
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	15,00	Angelieferte Modellation gießen	22,00
Frässockel	10,70	Anker für Klebebrücke	82,00
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,00	Auflage an Brückenglied	13,00
Kunststoffstümpfe	15,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	6,70	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	60,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	6,70	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Modell aus Kunststoff	21,70	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	83,80
Modell aus Superhartgips	8,70	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,00
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	10,70	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	10,70	Papille aus Keramik	34,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,00	Papille aus Komposit	20,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	13,80	Papille aus Kunststoff	15,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Sattelpontic aus Keramik	34,80
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,00	Sattelpontic aus Komposit	20,10
Modellpaar sockeln	24,00	Sattelpontic aus Kunststoff	15,00
Modellpaar trimmen	9,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,00	Stiftaufbau, direkt	35,00
Okklusionsmodell	6,70	Stiftaufbau, indirekt	55,10
Okklusionsmodell für Sägesegmente	10,70	Teilverblendung aus Keramik	97,40
Remontagemodell	24,50	Teilverblendung aus Komposit	70,00
Set-up, je Zahn	9,00	Teilverblendung aus Kunststoff	47,40
Spezialmodell	18,00	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00
Split-Cast-Sockel an Modell	8,70	Vollverblendung aus Keramik	106,30
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,30	Vollverblendung aus Komposit	84,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Vollverblendung aus Kunststoff	57,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	22,80	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	6,60	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	77,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	22,80	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	77,90
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelpontic aus Keramik	34,80
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	33,50	Wurzelpontic aus Komposit	20,10
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	29,20	Wurzelpontic aus Kunststoff	15,00
Spezialbissplatte	22,80	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Tiefzieheteil, Formteil für provisorische Versorgung	19,00	Zahnfleisch aus Keramik	34,80
Vorwall	13,00	Zahnfleisch aus Komposit	20,10
Inlays und Onlays		Zahnfleisch aus Kunststoff	15,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	120,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	46,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00	Federbolzen, Friktionsstift	46,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Geschiebe, komplett	218,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	129,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, komplett	108,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, primär/sekundär	76,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
		Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
		Lager für Ankerbandklammer	58,00
		Lager für Raste	15,00
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,00
		Lager für Schubverteilungsarm	58,00
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	218,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	129,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	170,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	112,00		
Schubverteilungsarm	59,00		
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teileleistungen)	260,90		
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teileleistungen)	174,10		
Verschraubung/Verbolzung	46,00		
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	76,00		
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz			
Adams-Klammer, gebogen	17,00		
Approximalklammer, gebogen	11,00		
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Auflage, gebogen	11,00		
Auflage, gegossen/Edelmetall	12,00		
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00		
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00		
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00		
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00		
Basisteil, gegossen/Edelmetall	69,00		
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00		
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	54,70		
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,00		
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	31,00		
Doppelbogenklammer, gebogen	16,70		
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Dreiecksklammer, gebogen	11,00		
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	12,00		
Einarmige Klammer, gebogen	11,00		
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,00		
Gegenlager, gebogen	11,00		
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	22,00		
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00		
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	31,00		
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	50,00		
Haltesporn, gebogen	10,00		
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00		
Interdental-Knopfklammer	11,00		
Kralle, gebogen	12,20		
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,20		
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,00		
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	141,60		
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	41,00		
Ösenklammer, gebogen	11,00		
Pfeilanker, gebogen	10,00		
Pfeilklammer, gebogen	17,00		
Retention gebogen	45,00		
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00		
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	31,00		
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch aus Edelmetall	41,00		
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	31,00		
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00		
Tropfenklammer, gebogen	11,00		
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00		
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,00		
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	16,70		
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	31,00		
Umgebungsbügel bei Diastema	12,00		
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00		
Voßklammer, gebogen	17,00		
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,00		
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	16,70		
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	31,00		
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00		
		Metallverbindungen	
		Konditionierung je Zahn/Flügel	13,90
		Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen, je Verbindung	18,20
		Lichtbogenschweißen je Verbindung	18,20
		Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20
		Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20
		Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
		Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	18,20
		Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
		Lötung auf Modell, Grundeinheit	18,20
		Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	29,10
		Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
		Aktiver Sporn	10,50
		Ankerband/ Ankerkappe	25,00
		Aufbiss	12,50
		Auflage-KFO	11,00
		Außenbogen	29,70
		Basis für Einzelkiefergerät	61,00
		Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	129,00
		Coffin-Feder	25,00
		Doppelplatten-Führungssporn	30,00
		Dorn	10,50
		Druckfeder, Zugfeder	13,00
		Facebow anpassen	11,00
		Feder, gekreuzt	10,50
		Feder, geschlossen/kompliziert	13,00
		Feder, offen	10,50
		Federbügel	26,00
		Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	10,50
		Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	61,00
		Innenbogen	29,70
		KFO Platte voreinschleifen	9,00
		Kinnkappe mit Retentionshaken	52,00
		Kunststoffschild	19,00
		Labialbogen	22,50
		Labialbogen, intermaxillär	36,50
		Labialbogen, modifiziert	29,70
		Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,00
		Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
		Lötung je zusätzliche Einheit	18,00
		Lötung, je Einheit, KFO	18,00
		Palatinalbogen	29,70
		Pelotte	19,00
		Pelottenklammer	11,00
		Positioner	129,00
		Protrusionsbogen	16,00
		Remontieren von KFO-Gerät	47,00
		Retentionsschiene	79,00
		Rücklaufsporn	10,50
		Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	45,00
		Schraube einarbeiten	17,50
		Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
		Spezialschraube	24,00
		Spike/Stopp	11,30
		Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
		Trennen einer Basis, auch erschwert	7,50
		U-Bügel	26,00
		Verankerungsklammer	17,50
		Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	11,00
		Vorbiss oder Rückbiss	12,50
		Vorhofplatte	58,00
		Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
		Zungengitter	18,00
		Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
		Adjustierte Aufbisssschiene	133,00
		Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
		Basis, tiefgezogen	22,80
		Erweitern einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
		Instandsetzen einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
		Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	133,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.
Medikamententrägerschiene	79,00	
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	55,00	
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	55,00	
Schiene, tiefgezogen	79,00	
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00	
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00	
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	79,00	
Wiederherstellung/Erweiterung		
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00	
Basis erneuern, auch KFO	69,50	
Basis unterfüttern, auch KFO	56,80	
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00	
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00	
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00	
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00	
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00	
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inklusive Trennsplatt	37,00	
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	8,50	
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	8,50	
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	8,50	
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	37,00	
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	8,50	
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	8,50	
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	8,50	
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	8,50	
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	8,50	
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	8,50	
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	8,50	
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	8,50	
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	8,50	
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	8,50	
Leistungseinheit, Sekundärteil	8,50	
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	8,50	
Leistungseinheit, Verlängerung	8,50	
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	8,50	
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	8,50	
Implantate und Suprakonstruktionen		
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	40,00	
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00	
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00	
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00	
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	83,80	
Implantat-Kontrollschablone	38,00	
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,00	
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00	
Verlängerungshülse für Implantat	15,00	
Verschraubung Implantat	48,00	
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00	
Zahn vermessen	2,50	
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	14,00	
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien		
Einstellen nach Registrat	13,80	
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	20,00	
Kauffläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	28,00	
Registrat	22,80	
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	17,00	
Sonstiges		
Nichtedelmetall-Zuschlag	13,60	
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,00	

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten.

Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der

Tarif ZVP Premium (Gruppenversicherung) Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 325034, 12.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsleistungen

Stationäre Heilbehandlung

1. Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer eines nach den oben genannten AVB anerkannten Krankenhauses wird der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer erstattet.

Bei Unterbringung in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 21 Euro gezahlt.

Sonstige Tarifbestimmungen

2. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

3. Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Premium (Gruppenversicherung)		
	Männer	Frauen
Alter	Euro	Euro
0 - 19 Jahre	0,75	0,75
20 - 29 Jahre	3,23	4,40
30 - 39 Jahre	3,23	4,68
40 - 49 Jahre	4,52	5,47
50 - 59 Jahre	7,39	7,53
60 - 64 Jahre	9,91	9,24
65 - 69 Jahre	13,14	12,10
70 - 74 Jahre	16,04	15,45
75 - 79 Jahre	20,28	20,11
über 79 Jahre	30,49	32,33

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

4. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Tarif ZVP Plus (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2021, SAP-Nr. 325030, 12.2021

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV).

Versicherungsleistungen

Zuzahlungen

1. Erstattungsfähig sind die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und Eigenanteile bei

- Arznei- und Verbandmitteln
- Heilmitteln (physikalische Therapie)

aus bis zu 300 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

2. Von den erstattungsfähigen Kosten werden

50 %

ersetzt.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Kosten angefallen sind, zurückgerechnet.

Zum Nachweis der entsprechenden Zuzahlungen und Eigenanteile ist ein Beleg vorzulegen, der den Betrag, das entsprechende Bezugsdatum und den Namen der betroffenen Person enthält.

Vorsorgeuntersuchungen Schutzimpfungen

3. Erstattungsfähig sind

- die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Die Erstattung erfolgt ohne Berücksichtigung der in dieser Richtlinie vorgesehenen Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle,
- die Kosten für medizinisch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten außerhalb von gesetzlich eingeführten Programmen,
- die ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen.

4. Die Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden insgesamt bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 300 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren mit

50 %

erstattet.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Kosten angefallen sind, zurückgerechnet.

Krankenhaustagegeld

5. Für die Dauer eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes wird ein Krankenhaustagegeld von

10 Euro

pro Tag geleistet.

Die Höchstleistung je Kalenderjahr beträgt 280 Euro.

Sonstige Tarifbestimmungen

6. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

7. Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen.

8. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

9. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Plus (Gruppenversicherung)		
Alter	Männer	Frauen
	Euro	Euro
0 – 19 Jahre	0,66	0,66
20 – 29 Jahre	5,66	6,32
30 – 39 Jahre	6,01	6,94
40 – 49 Jahre	7,15	7,24
50 – 59 Jahre	7,45	7,79
60 – 64 Jahre	8,32	8,29
ab 65 Jahren	9,88	9,78

Beiträge ohne Versicherungsteuer.

10. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung

B.3 Tarifbedingungen

B.3.2. Tarifbedingungen (unisex)

Die Tarifbedingungen dieses Abschnitts sind für Verträge mit Vertragsbeginn ab 21. Dezember 2012 (und nach diesem Datum hinzukommende Angehörige) gültig.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 1. März 2011 entschieden, dass unterschiedliche Versicherungsbeiträge für Männer und Frauen unzulässig sind. Ab dem 21. Dezember 2012 dürfen daher nur noch Versicherungen mit geschlechtsneutralen Beiträgen, sogenannte „Unisex-Tarife“, angeboten werden.

Die Unisex-Tarife gelten nur für neue Versicherungen ab dem 21. Dezember 2012. In bereits bestehenden Versicherungen gibt es keine Änderungen. Der Gesetzgeber hat entschieden, dass in laufende Verträge nicht eingegriffen werden darf.

Das bedeutet:

Die Bedingungen dieses Abschnitts gelten

- wenn Sie ab dem 21. Dezember 2012 eine Versicherung abgeschlossen haben
- für eine mitversicherte Person (z. B. Ehegatte), wenn für diese die Versicherung ab dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurde, selbst dann, wenn Sie einen Bisex-Tarif führen.

Tarif ZVP Basis (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 331901, 12.2021

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV).

Versicherungsleistungen

Auslandsreisen

1. Erstattungsfähig sind zu

100%

bei einem im Ausland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

2. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig zu

100 %

die Kosten für

- medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

2.a Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Zahnersatz

3. Erstattungsfähig sind die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung entstandenen Kosten zu

10%.

Die Erstattung berechnet sich aus dem Betrag, der auch der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegt.

4. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, erfolgt keine Erstattung.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

5. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)

6. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

7. Die Kosten werden aus einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 750 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

50%

ersetzt.

8. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Sonstige Tarifbestimmungen

9. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

10. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

11. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Basis (Gruppenversicherung)

Alter	Erwachsene Euro	Kinder/Jugendliche Euro
0 - 19 Jahre		1,74
20 - 64 Jahre	2,50	
ab 65 Jahren	6,31	

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

12. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung

GebüH Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ Gebührenordnung für Ärzte
GOZ Gebührenordnung für Zahnärzte

Tarif ZVP Standard (Gruppenversicherung) Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 331909, 12.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

1. Erstattungsfähig sind zu

100 %

die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis zu insgesamt 155 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wird, zurückgerechnet.

Auslandsreisen

2. Erstattungsfähig sind zu

100 %

bei einem im Ausland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

3. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig zu

100 %

die Kosten für

- medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.a Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Zahnersatz

4. Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen)
Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.
- Füllungen sowie Gussfüllungen (Inlays)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind
 - Freiendücke, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen
 - Fixierung einer Totalprothese.

Kosten für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen erstattungsfähig; Kosten für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

5. Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.350 Euro der erstattungsfähigen Kosten gezahlt.

Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

6. Von den Kosten werden ersetzt:

30 %

aus einem erstattungsfähigen Betrag von bis zu 7.675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr als insgesamt 90 % des Rechnungsbetrages.

Die Kosten für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

ersetzt.

7. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in dem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

8. Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Kosten der versicherten Person mit.

Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 2.500 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

9. Zahnarztrechnungen sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOZ oder GOÄ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

Die Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3-fache Gebührensatz, für medizinischtechnische Leistungen der 1,8-fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15-fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

10. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)

11. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

12. Die Kosten werden aus einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt bis zu 750 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

50 %

ersetzt.

13. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Sonstige Tarifbestimmungen

14. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und

gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

15. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 16 AVB/KK-SV berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

16. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

17 entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Standard (Gruppenversicherung)		
Alter	Erwachsene Euro	Kinder/Jugendliche Euro
0 -19 Jahre		3,49
20 -29 Jahre	9,18	
30 -39 Jahre	11,49	
40 -49 Jahre	13,47	
50 -59 Jahre	15,46	
60 -64 Jahre	17,72	
ab 65 Jahren	17,40	

Beiträge ohne Versicherungsteuer.

18. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z.B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Angelieferte Modellation gießen	22,00
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	15,00	Anker für Klebebrücke	82,00
Dowel-Pin setzen	3,20	Auflage an Brückenglied	13,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	15,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Frässockel	10,70	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	60,00
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,00	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Kunststoffstümpfe	15,00	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	83,80
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	6,70	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	6,70	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,00
Modell aus Kunststoff	21,70	Papille aus Keramik	34,80
Modell aus Superhartgips	8,70	Papille aus Komposit	20,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	10,70	Papille aus Kunststoff	15,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	10,70	Sattelpontic aus Keramik	34,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,00	Sattelpontic aus Komposit	20,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	13,80	Sattelpontic aus Kunststoff	15,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,00
Modellpaar sockeln	24,00	Stiftaufbau, direkt	35,00
Modellpaar trimmen	9,00	Stiftaufbau, indirekt	55,10
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Teilverblendung aus Keramik	97,40
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,00	Teilverblendung aus Komposit	70,00
Okklusionsmodell	6,70	Teilverblendung aus Kunststoff	47,40
Okklusionsmodell für Sägesegmente	10,70	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00
Remontagemodell	24,50	Vollverblendung aus Keramik	106,30
Set-up, je Zahn	9,00	Vollverblendung aus Komposit	84,00
Spezialmodell	18,00	Vollverblendung aus Kunststoff	57,00
Split-Cast-Sockel an Modell	8,70	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,30	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	77,90
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	77,90
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	22,80	Wurzelpontic aus Keramik	34,80
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	6,60	Wurzelpontic aus Komposit	20,10
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	22,80	Wurzelpontic aus Kunststoff	15,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftohnay, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftohnay, Onlay, Inlay, Teilkrone	33,50	Zahnfleisch aus Keramik	34,80
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	29,20	Zahnfleisch aus Komposit	20,10
Spezialbissplatte	22,80	Zahnfleisch aus Kunststoff	15,00
Tiefziehteil, Formteil für provisorische Versorgung	19,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Vorwall	13,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Inlays und Onlays		Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	46,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Federbolzen, Friktionsstift	46,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	120,00	Individuelles Geschiebe, komplett	218,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	129,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	108,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	76,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	76,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	92,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Lager für Ankerbandklammer	58,00
Onlay aus Metall	101,00	Lager für Raste	15,00
Kronen und Brückentechnik		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,00
		Lager für Schubverteilungsarm	58,00
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	218,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	129,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	170,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	112,00
		Schubverteilungsarm	59,00
		Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller	260,90

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
notwendigen Teilleistungen)	
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	174,10
Verschraubung/Verbolzung	46,00
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	76,00
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	17,00
Approximalklammer, gebogen	11,00
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Auflage, gebogen	11,00
Auflage, gegossen/Edelmetall	12,00
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00
Basisteil, gegossen/Edelmetall	69,00
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	54,70
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	31,00
Doppelbogenklammer, gebogen	16,70
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Dreiecksklammer, gebogen	11,00
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	12,00
Einarmige Klammer, gebogen	11,00
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,00
Gegenlager, gebogen	11,00
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	22,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	31,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	50,00
Haltesporn, gebogen	10,00
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00
Interdental-Knopfklammer	11,00
Kralle, gebogen	12,20
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,20
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,00
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	141,60
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	41,00
Ösenklammer, gebogen	11,00
Pfeilanker, gebogen	10,00
Pfeilklammer, gebogen	17,00
Retention gebogen	45,00
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	31,00
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch aus Edelmetall	41,00
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	31,00
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00
Tropfenklammer, gebogen	11,00
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,00
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	16,70
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	31,00
Umgebungsbügel bei Diastema	12,00
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00
Vofßklammer, gebogen	17,00
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,00
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	16,70
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	31,00
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	13,90
Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen, je Verbindung	18,20
Lichtbogenschweißen je Verbindung	18,20
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	18,20
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
Lötung auf Modell, Grundeinheit	18,20
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	29,10
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn	10,50
Ankerband/ Ankerkappe	25,00
Aufbiss	12,50
Auflage-KFO	11,00
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	61,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	129,00
Coffin-Feder	25,00
Doppelplatten-Führungssporn	30,00
Dorn	10,50
Druckfeder, Zugfeder	13,00
Facebow anpassen	11,00
Feder, gekreuzt	10,50
Feder, geschlossen/kompliziert	13,00
Feder, offen	10,50
Federbügel	26,00
Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	10,50
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	61,00
Innenbogen	29,70
KFO Platte voreinschleifen	9,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	52,00
Kunststoffschild	19,00
Labialbogen	22,50
Labialbogen, intermaxillär	36,50
Labialbogen, modifiziert	29,70
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,00
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
Lötung je zusätzliche Einheit	18,00
Lötung, je Einheit, KFO	18,00
Palatinalbogen	29,70
Pelotte	19,00
Pelottenklammer	11,00
Positioner	129,00
Protrusionsbogen	16,00
Remontieren von KFO-Gerät	47,00
Retentionsschiene	79,00
Rücklaufsporn	10,50
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	45,00
Schraube einarbeiten	17,50
Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
Spezialschraube	24,00
Spike/Stopp	11,30
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis, auch erschwert	7,50
U-Bügel	26,00
Verankerungsklammer	17,50
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	11,00
Vorbiss oder Rückbiss	12,50
Vorhofplatte	58,00
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
Zungengitter	18,00
Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbisssschiene	133,00
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Basis, tiefgezogen	22,80
Erweitern einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
Instandsetzen einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	133,00
Medikamententrägerschiene	79,00
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	55,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	55,00
Schiene, tiefgezogen	79,00
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	79,00
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00
Basis erneuern, auch KFO	69,50
Basis unterfüttern, auch KFO	56,80
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inklusive Trennspalt	37,00
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	8,50
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	8,50
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	8,50
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	37,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	8,50
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	8,50
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	8,50
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	8,50
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	8,50
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	8,50
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	8,50
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Sekundärteil	8,50
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	8,50
Leistungseinheit, Verlängerung	8,50
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	8,50
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	8,50
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	40,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	83,80
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,00
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00
Verlängerungshülse für Implantat	15,00
Verschraubung Implantat	48,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	2,50
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	14,00
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	13,80
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	20,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	28,00
Registrat	22,80
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	17,00
Sonstiges	
Nichtedelmetall-Zuschlag	13,60
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,00

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten.

Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig.

Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Tarif ZVP Comfort (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 331903, 12.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

1. Erstattungsfähig sind zu

100 %

die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis zu insgesamt 155 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren.

2. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wird, zurückgerechnet.

Auslandsreisen

3. Erstattungsfähig sind zu

100 %

bei einem im Ausland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

4. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig zu

100 %

die Kosten für

- medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung angefallen wäre

5. Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Zahnersatz

6. Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen)
Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.
- Füllungen sowie Gussfüllungen (Inlays)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind
 - Freierücken, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen
 - Fixierung einer Totalprothese.

Kosten für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen erstattungsfähig; Kosten für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

7. Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.350 Euro der erstattungsfähigen Kosten gezahlt.

Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

8. Von den Kosten werden ersetzt:

30 %

aus einem erstattungsfähigen Betrag von bis zu 7.675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr als insgesamt 90 % des Rechnungsbetrages.

9. Die Kosten für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

ersetzt.

Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Kosten der versicherten Person mit.

Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 2500 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

10. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in dem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

11. Die Kosten sind bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3-fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8-fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15-fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

12. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)

13. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

14. Die Kosten werden aus einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt bis zu 750 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

50 %

ersetzt.

15. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht und über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt,

16. die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
 a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von § 115 a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
 b) für ambulante Operationen (im Sinne von § 115 b SGB V)

17. die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer. Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für das Einbettzimmer, werden diese nicht ersetzt. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer (Kategorien) mit drei und mehr Betten und werden als gesondert berechenbare Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 % dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag erstattungsfähig.

17.a von den allgemeinen Krankenhauskosten die Mehrkosten, die entstehen können, wenn ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt wird. Dies gilt nicht bei Krankenhäusern, mit denen die gesetzliche Krankenversicherung keinen Versorgungsvertrag hat oder wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht an den allgemeinen Krankenhauskosten beteiligt.

18. Die Kosten werden ersetzt mit **100 %**

19. Werden Leistungen entweder nach Nummer 16 **oder** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

16 Euro pro Tag.

Werden Leistungen nach Nummer 16 **und** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

32 Euro pro Tag.

20. Berechnet das Krankenhaus keine Zuschläge für die Unterbringung im Zweibettzimmer im Sinne der Nummer 17 (Regelleistung), entsteht hieraus kein Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld nach Nummer 19.

21. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.

Sonstige Tarifbestimmungen

22. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

23. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

24. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 16 AVB/KK-SV berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

25. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

26. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Comfort (Gruppenversicherung)		
Alter	Erwachsene Euro	Kinder/Jugendliche Euro
0 – 19 Jahre		6,97
20 – 29 Jahre	17,44	
30 – 39 Jahre	23,79	
40 – 49 Jahre	31,89	
50 – 59 Jahre	44,48	
60 – 64 Jahre	55,00	
ab 65 Jahren	79,33	

Beiträge ohne Versicherungssteuer

27. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

- AVB/KK-SV Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
- GebüH Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
- GOÄ Gebührenordnung für Ärzte
- GOZ Gebührenordnung für Zahnärzte

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z.B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Angelieferte Modellation gießen	22,00
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	15,00	Anker für Klebebrücke	82,00
Dowel-Pin setzen	3,20	Auflage an Brückenglied	13,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	15,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Frässockel	10,70	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	60,00
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,00	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Kunststoffstümpfe	15,00	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	83,80
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	6,70	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	6,70	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,00
Modell aus Kunststoff	21,70	Papille aus Keramik	34,80
Modell aus Superhartgips	8,70	Papille aus Komposit	20,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	10,70	Papille aus Kunststoff	15,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	10,70	Sattelpontic aus Keramik	34,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,00	Sattelpontic aus Komposit	20,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	13,80	Sattelpontic aus Kunststoff	15,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,00
Modellpaar sockeln	24,00	Stiftaufbau, direkt	35,00
Modellpaar trimmen	9,00	Stiftaufbau, indirekt	55,10
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Teilverblendung aus Keramik	97,40
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,00	Teilverblendung aus Komposit	70,00
Okklusionsmodell	6,70	Teilverblendung aus Kunststoff	47,40
Okklusionsmodell für Sägesegmente	10,70	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00
Remontagemodell	24,50	Vollverblendung aus Keramik	106,30
Set-up, je Zahn	9,00	Vollverblendung aus Komposit	84,00
Spezialmodell	18,00	Vollverblendung aus Kunststoff	57,00
Split-Cast-Sockel an Modell	8,70	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,30	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	77,90
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	77,90
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	22,80	Wurzelpontic aus Keramik	34,80
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	6,60	Wurzelpontic aus Komposit	20,10
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	22,80	Wurzelpontic aus Kunststoff	15,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	33,50	Zahnfleisch aus Keramik	34,80
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	29,20	Zahnfleisch aus Komposit	20,10
Spezialbissplatte	22,80	Zahnfleisch aus Kunststoff	15,00
Tiefziehteil, Formteil für provisorische Versorgung	19,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Vorwall	13,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Inlays und Onlays		Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	46,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Federbolzen, Friktionsstift	46,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	120,00	Individuelles Geschiebe, komplett	218,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	129,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	108,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	76,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	76,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	92,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	50,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	58,00
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Lager für Ankerbandklammer	15,00
Onlay aus Metall	101,00	Lager für Raste	58,00
Kronen und Brückentechnik		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,00
		Lager für Schubverteilungsarm	17,00
		Lösungsknopf	218,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	129,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	170,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	112,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	59,00
		Schubverteilungsarm	260,90
		Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
notwendigen Teilleistungen)	
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	174,10
Verschraubung/Verbolzung	46,00
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	76,00
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	17,00
Approximalklammer, gebogen	11,00
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Auflage, gebogen	11,00
Auflage, gegossen/Edelmetall	12,00
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00
Basisteil, gegossen/Edelmetall	69,00
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	54,70
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	31,00
Doppelbogenklammer, gebogen	16,70
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Dreiecksklammer, gebogen	11,00
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	12,00
Einarmige Klammer, gebogen	11,00
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,00
Gegenlager, gebogen	11,00
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	22,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	31,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	50,00
Haltesporn, gebogen	10,00
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00
Interdental-Knopfklammer	11,00
Kralle, gebogen	12,20
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,20
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,00
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	141,60
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	41,00
Ösenklammer, gebogen	11,00
Pfeilanker, gebogen	10,00
Pfeilklammer, gebogen	17,00
Retention gebogen	45,00
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	31,00
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch aus Edelmetall	41,00
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	31,00
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00
Tropfenklammer, gebogen	11,00
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,00
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	16,70
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	31,00
Umgebungsbügel bei Diastema	12,00
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00
Vofßklammer, gebogen	17,00
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,00
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	16,70
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	31,00
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	13,90
Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen, je Verbindung	18,20
Lichtbogenschweißen je Verbindung	18,20
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	18,20
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
Lötung auf Modell, Grundeinheit	18,20
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	29,10
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn	10,50
Ankerband/ Ankerkappe	25,00
Aufbiss	12,50
Auflage-KFO	11,00
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	61,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	129,00
Coffin-Feder	25,00
Doppelplatten-Führungssporn	30,00
Dorn	10,50
Druckfeder, Zugfeder	13,00
Facebow anpassen	11,00
Feder, gekreuzt	10,50
Feder, geschlossen/kompliziert	13,00
Feder, offen	10,50
Federbügel	26,00
Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	10,50
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	61,00
Innenbogen	29,70
KFO Platte voreinschleifen	9,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	52,00
Kunststoffschild	19,00
Labialbogen	22,50
Labialbogen, intermaxillär	36,50
Labialbogen, modifiziert	29,70
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,00
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
Lötung je zusätzliche Einheit	18,00
Lötung, je Einheit, KFO	18,00
Palatinalbogen	29,70
Pelotte	19,00
Pelottenklammer	11,00
Positioner	129,00
Protrusionsbogen	16,00
Remontieren von KFO-Gerät	47,00
Retentionsschiene	79,00
Rücklaufsporn	10,50
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	45,00
Schraube einarbeiten	17,50
Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
Spezialschraube	24,00
Spike/Stopp	11,30
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis, auch erschwert	7,50
U-Bügel	26,00
Verankerungsklammer	17,50
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	11,00
Vorbiss oder Rückbiss	12,50
Vorhofplatte	58,00
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
Zungengitter	18,00
Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbisssschiene	133,00
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Basis, tiefgezogen	22,80
Erweitern einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
Instandsetzen einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	133,00
Medikamententrägerschiene	79,00
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	55,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	55,00
Schiene, tiefgezogen	79,00
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	79,00
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00
Basis erneuern, auch KFO	69,50
Basis unterfüttern, auch KFO	56,80
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inklusive Trennsplatt	37,00
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	8,50
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	8,50
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	8,50
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	37,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	8,50
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	8,50
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	8,50
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	8,50
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	8,50
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	8,50
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	8,50
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Sekundärteil	8,50
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	8,50
Leistungseinheit, Verlängerung	8,50
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	8,50
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	8,50
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	40,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	83,80
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,00
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00
Verlängerungshülse für Implantat	15,00
Verschraubung Implantat	48,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	2,50
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	14,00
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	13,80
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	20,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	28,00
Registrat	22,80
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	17,00
Sonstiges	
Nichtedelmetall-Zuschlag	13,60
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,00

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten.

Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig.

Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Tarif ZVP Premium (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 331907, 12.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsleistungen

Stationäre Heilbehandlung

1. Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer eines nach den oben genannten AVB anerkannten Krankenhauses wird der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer erstattet.

Bei Unterbringung in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer wird ein Krankenhausstagegeld in Höhe von 21 Euro gezahlt.

Sonstige Tarifbestimmungen

2. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

3. Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Premium (Gruppenversicherung)		
Alter	Erwachsene Euro	Kinder/Jugendliche Euro
0 - 19 Jahre		0,75
20 - 29 Jahre	4,10	
30 - 39 Jahre	4,37	
40 - 49 Jahre	5,26	
50 - 59 Jahre	7,62	
60 - 64 Jahre	9,70	
65 - 69 Jahre	12,77	
70 - 74 Jahre	15,82	
75 - 79 Jahre	20,31	
über 79 Jahre	31,73	

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

4. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Tarif ZVP Plus (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand 01.01.2022, SAP-Nr.: 331905, 12.2021

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV).

Versicherungsleistungen

Zuzahlungen

1. Erstattungsfähig sind die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und Eigenanteile bei

- Arznei- und Verbandmitteln
- Heilmitteln (physikalische Therapie)

aus bis zu 300 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

2. Von den erstattungsfähigen Kosten werden

50 %

ersetzt.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Kosten angefallen sind, zurückgerechnet.

Zum Nachweis der entsprechenden Zuzahlungen und Eigenanteile ist ein Beleg vorzulegen, der den Betrag, das entsprechende Bezugsdatum und den Namen der betroffenen Person enthält.

Vorsorgeuntersuchungen Schutzimpfungen

3. Erstattungsfähig sind

- die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Die Erstattung erfolgt ohne Berücksichtigung der in dieser Richtlinie vorgesehenen Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle
- die Kosten für medizinisch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten außerhalb von gesetzlich eingeführten Programmen
- die ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen

4. Die Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden insgesamt bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 300 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren mit

50 %

erstattet.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Kosten angefallen sind, zurückgerechnet.

Krankenhaustagegeld

5. Für die Dauer eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes wird ein Krankenhaustagegeld von

10 Euro

pro Tag geleistet.

Die Höchstleistung je Kalenderjahr beträgt 280 Euro.

Sonstige Tarifbestimmungen

6. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

7. Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen.

8. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

9. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ZVP Plus (Gruppenversicherung)

Alter	Erwachsene	Kinder/Jugendliche
	Euro	Euro
0 – 19 Jahre		0,66
20 – 29 Jahre	6,27	
30 – 39 Jahre	6,87	
40 – 49 Jahre	7,23	
50 – 59 Jahre	7,78	
60 – 64 Jahre	8,29	
ab 65 Jahren	9,78	

Beiträge ohne Versicherungssteuer

10. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung

B.4 Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 01.08.2021 EU, Anlage 989, SAP-Nr. 33 07 26; 08/21 ek

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach den Datenschutzvorschriften zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist der jeweilige Risikoträger, d.h. das Unternehmen, mit dem Ihr Versicherungsvertrag oder ein anderer Vertrag oder eine Rechtsbeziehung besteht, zu dessen Durchführung Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die einzelnen Risikoträger sind mit den Kontaktdaten auf der Rückseite des Merkblatts aufgelistet.

Unseren Konzern-Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter
Versicherungskammer Bayern
Datenschutz
Maximilianstr. 53
80530 München
E-Mail-Adresse: datenschutz@vkb.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ („Code of Conduct“) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.vkb.de/datenschutz-downloads abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zu einem Schaden oder zu geltend gemachten Leistungen benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungs- oder Leistungsfall eingetreten und wie hoch der Zahlungsanspruch ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Absatz 2 a) in Verbindung mit Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Absatz 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Absatz 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Konzerns Versicherungskammer Bayern und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Absatz 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter www.vkb.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden)

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Zuständig ist die Datenschutzaufsichtsbehörde des Bundeslandes, in dem wir als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung unseren Sitz haben.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“, das Sie unserer Homepage unter www.vkb.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsprüfung**(gilt nicht für die Lebensversicherung)**

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung sowie zur Verifizierung Ihrer Adresse (Prüfung auf Zustellbarkeit) und um Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten zu erhalten an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 b) und Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Detaillierte Informationen zur ICD im Sinne des Artikels 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Information gem. Art. 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“), das Sie unserer Homepage unter www.vkb.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

Datenübermittlung in ein Drittland**(gilt nicht für die Lebensversicherung)**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen**(gilt nicht für die Lebensversicherung)**

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Versicherungskammer Bayern
Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayerischer Versicherungsverband
Versicherungsaktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayerische Landesbrandversicherung
Aktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayern-Versicherung
Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de