

Krankenversicherung

Ergänzungsversicherung
Private Arbeitgeber (Gruppenversicherung)

Booklet III - Stand 01.01.2009 - Druckstücknummer 32 53 76

Informations- und Bedingungspaket

Inhalt

A. Informationspaket

A.1. Produktinformationsblatt	3
A.2. Allgemeine Verbraucherinformationen	7
A.3. Tarifbeiträge	10

B. Bedingungspaket

B.1. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

AVB für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV)	11
---	----

B.2. Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag

Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die Tarife ZVP	15
--	----

B.3. Tarifbedingungen

Tarif ZVP Basis (Gruppe)	16
Tarif ZVP Standard (Gruppe)	17
Tarif ZVP Comfort (Gruppe)	22
Tarif ZVP Premium (Gruppe)	27
Tarif ZVP Plus (Gruppe)	28

B.4. Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung	29
---------------------------------	----

A.1. Produktinformationsblatt (§ 4 VVG-InfoV)

Die nachfolgende Darstellung soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Inhalte und Merkmale der angebotenen Versicherung ermöglichen. Deshalb handelt es sich notwendigerweise nicht um eine vollständige Information.

Zu den angesprochenen Inhalten der vertraglich getroffenen Vereinbarungen weisen wir jeweils auf die maßgebliche Vertragsbestimmung bzw. den maßgeblichen Abschnitt der Versicherungsbedingungen hin. Wenn Sie mehr über die einzelnen Vertragsmerkmale wissen wollen, lesen Sie bitte unter den jeweiligen Fundstellen nach.

Versicherungsart Sie haben sich dafür entschieden, Informationen zu folgenden Produkten, die jeweils einen oder mehrere versicherte Tarife umfassen können, zu bekommen:

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:

- Tarif ZVP Basis (Gruppe)
- Tarif ZVP Standard (Gruppe)
- Tarif ZVP Comfort (Gruppe)
- Tarif ZVP Premium (Gruppe)
- Tarif ZVP Plus (Gruppe)

Die Beiträge pro versicherter Person können der Beitragsübersicht (siehe Abschnitt A. Informationspaket, Punkt 3. Tarifbeiträge) entnommen werden.

Versicherte Leistungen In diesem Versicherungsvertrag sind eine Reihe von versicherten Leistungen enthalten, die wir Ihnen nachstehend näher erläutern.

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

Die Kosten für Behandlungen durch einen Heilpraktiker (bis zu den Mindestsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker - GebüH) sowie verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel werden zu 50 % bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 750 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

Nicht erstattet werden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Auslandreise

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

Sehhilfe

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

Auslandreise

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.

Sehhilfe

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

Heilpraktiker

Die Kosten für Behandlungen durch einen Heilpraktiker (bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker - GebüH) sowie verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel werden zu 50 % bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 750 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

Nicht erstattet werden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Während **Auslandsreisen** leistet der Tarif für:

- 100 % der Kosten für unvorhergesehene ambulante und stationäre Heilbehandlung bei Reisen bis zu einer Dauer von jeweils 2 Monaten
- Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes
- Bestattung im Ausland oder Überführung im Todesfall.

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

Beitrag

Der Gesamtbeitrag setzt sich aus den Beiträgen der von Ihnen gewählten Tarife zusammen (siehe Beitragübersicht in Abschnitt A. Informationspaket, Punkt 3. Tarifbeiträge).

Im Rahmen der Gesundheitsprüfung ist es je nach 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.

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. In diesem Fall ist er 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.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder 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.

**Einmalig
anfallende
Kosten**

Einmalig anfallende Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z.B. Mahngebühren, Übersetzungskosten). In solchen Fällen können wir hierfür eine gesonderte Erstattung in Rechnung stellen.

**Leistungsaus-
schlüsse**

Es gibt nur wenige Ausnahmen von unserer Leistungspflicht.

Wir leisten grundsätzlich nur für medizinisch notwendige Heilbehandlungen (einschließlich entsprechender Vorsorgeuntersuchungen). Darüber hinaus leisten wir beispielsweise nicht bei Krankheitsfällen, die durch Krieg hervorgerufen wurden oder für Krankheiten und Unfälle, die vorsätzlich herbeigeführt wurden. Nähere Informationen zu Ausnahmen von der Leistungspflicht finden Sie unter § 5 Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Obliegenheiten

Sie als Versicherungsnehmer/Hauptversicherter aber auch die versicherte Person haben vor Versicherungsbeginn, während der Laufzeit der Versicherung und im Leistungsfall eine Reihe von Obliegenheiten zu beachten:

**Obliegenheiten
vor/bei
Vertragsabschluss**

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

<i>Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten vor Vertragsabschluss</i>	<p>Verletzen Sie eine dieser beschriebenen Obliegenheiten, so können wir vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt haben.</p> <p>Haben Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, können wir nur dann zurücktreten, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der verschwiegenen Umstände nicht abgeschlossen hätten. Hätten wir den Vertrag bei Kenntnis der verschwiegenen Umstände zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag oder Leistungsausschluss) abgeschlossen, so werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.</p> <p>Haben Sie die Obliegenheitsverpflichtung fahrlässig verletzt, so können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir dürfen jedoch dann nicht kündigen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der verschwiegenen Umstände zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätten. Hätten wir den Vertrag bei Kenntnis der verschwiegenen Umstände zu anderen Bedingungen abgeschlossen, so wird der Vertrag zu den anderen Bedingungen rückwirkend wirksam. Ihnen steht in diesem Fall unter bestimmten Umständen ein Kündigungsrecht zu.</p> <p>Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht uns das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu.</p> <p>Bei Ausübung des Rücktrittsrechts werden wir auch von der Zahlung unserer Leistungspflichten frei, wenn der Umstand, auf den wir uns hinsichtlich der Verletzung der Obliegenheitsverpflichtung berufen, entweder ursächlich für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles war oder ursächlich für die Feststellung der Leistungspflicht. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheitsverpflichtung sind wir grundsätzlich nicht zur Erfüllung der Leistung verpflichtet.</p> <p>Näheres hierzu finden Sie unter §§ 19-22 des VVG. Bitte beachten Sie, dass die in § 21 Absatz 3 erwähnte Frist von fünf Jahren für die Geltendmachung der Rechte des Versicherungsunternehmens in der Krankenversicherung nicht gilt. Sie beträgt in der Krankenversicherung nur drei Jahre.</p>
<i>Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit</i>	<p>Sie haben uns gegenüber Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten. Näheres finden Sie hierzu in § 9 Ihrer AVB.</p>
<i>Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles</i>	<p>Sie als Versicherungsnehmer/Hauptversicherter und die versicherte Person haben uns gegenüber grundsätzlich folgende Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalles:</p> <ul style="list-style-type: none">• Auskunftserteilungspflichten• Mitwirkungspflichten• Schadenminderungspflichten <p>Nähere Informationen sind in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 enthalten.</p>
<i>Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit oder bei Eintritt des Versicherungsfalles</i>	<p>Verletzen Sie eine Obliegenheitsverpflichtung während der Vertragslaufzeit oder bei Eintritt des Versicherungsfalles, so sind wir ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Näheres hierzu finden Sie § 10 Absatz 1 Ihrer AVB.</p> <p>Auch weitere Rechtsfolgen, wie das Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens bei Verletzung bestimmter Obliegenheiten finden Sie in § 10 Ihrer AVB.</p> <p>Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten gleich.</p>
Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	<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. 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>
Vertragsbeendigung	<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 zwei Jahre.</p>

A.2 Allgemeine Verbraucherinformation (§ 1 VVG-InfoV)

1. Informationen zu den Vertragspartnern

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) 2160-8108 www.versicherungskammer-bayern.de service@vkb.de <i>Vorstand:</i> Axel Kampmann (Vorsitzender), Manuela Kiechle, Wolfgang Reif <i>Vorsitzender des Aufsichtsrats:</i> Friedrich Schubring-Giese
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.
Produktbeschreibung	Im Produktinformationsblatt können Sie unter dem Punkt „Versicherte Leistungen und ausgeschlossene Risiken“ ausführlich ersehen, welchen Leistungsumfang die von Ihnen gewählten Tarife haben.
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 durchführt 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 der Beitragsübersicht (siehe Abschnitt A. Informationspaket, Punkt 3. Tarifbeiträge) entnommen werden.
Zusätzliche Kosten	Beiträge für Versicherungen sind umsatzsteuerfrei. Im Gegensatz zu anderen Versicherungsarten unterliegt die Krankenversicherung auch nicht der Versicherungssteuer. Zusätzliche Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Rückläufe aus Lastschriftverfahren, Mahngebühren, Übersetzungsggebühren). 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	Die Beitragszahlung findet im Lastschrifteinzugsverfahren statt. Ihre hierzu gemachten Angaben werden in der Beitragsaufstellung zum Versicherungsschein/Versicherungsnachweis wiedergegeben. Der Beitrag ist als Jahresbeitrag grundsätzlich zu Beginn der Versicherung bzw. zu Jahresbeginn zu zahlen. Sie können aber auch als monatliche Zahlung vereinbart werden. Die Beitragsraten sind in diesem Fall am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach Aushändigung des Versicherungsscheines/Versicherungsnachweises zu zahlen. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, wird der ausstehende Jahresbeitrag fällig. Er gilt jedoch als gestundet, wenn die rückständige Beitragsrate einschließlich der Mahnkosten entrichtet ist. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
Gültigkeitsdauer dieser Information	Unser Angebot (inklusive der Beiträge) gilt für einen Monat ab dem Zeitpunkt der Übergabe dieser Informationen.

3. Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages	Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der per Brief oder Fax gestellte Antrag, unsere Willenserklärung ist die entsprechende Annahmeerklärung bzw. der Ihnen übermittelte Versicherungsschein/Versicherungsnachweis. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein/Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Sind Wartezeiten im Tarif vorgesehen, so beginnt der Versicherungsschutz erst nach deren Ablauf. Die Wartezeit läuft ab Versicherungsbeginn. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz- und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit acht Monate. Sofern der Gruppenversicherungsvertrag es vorsieht, können die Wartezeiten erlassen werden.
Widerrufsrecht und -folgen	Sie haben die Möglichkeit, Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zu widerrufen. Die Frist beginnt mit dem Erhalt des Versicherungsscheines/Versicherungsnachweises, der Vertragsbestimmungen sowie sonstiger Informationsunterlagen inkl. der Belehrung über das Widerrufsrecht. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an das Versicherungsunternehmen (Anschrift siehe vorne unter dem Punkt „Ladungsfähige Anschrift“). Im Falle eines Widerrufs wird der Vertrag zum Zeitpunkt des Einganges des Widerrufs bei uns beendet. Zu viel gezahlte Beiträge erstatten wir Ihnen innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung des Vertrages.
Laufzeiten	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.
Kündigungsbedingungen	Der Versicherungsnehmer/Hauptversicherte kann 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 zwei Jahre.
Anwendbares Recht	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.

Sprache Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.

4. Informationen zum Rechtsweg

**Beschwerde-
stelle** Privat und menschlich: Das ist unser Motto - dafür machen wir uns stark! Doch wo es um ein so heikles Gut wie die Gesundheit geht, bleiben unterschiedliche Ansichten leider nicht aus. Und ganz abgesehen davon, gehört zum "menschlich sein" auch, dass man mal Fehler macht.

Daher unsere Bitte an Sie: Wenn Sie mit unserem Service unzufrieden oder mit einer unserer Entscheidungen nicht einverstanden sind, sprechen Sie mit uns darüber! So geben Sie uns die Chance Standpunkte auszutauschen, Missverständnisse aufzuklären und nach Lösungen zu suchen.

Selbstverständlich können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, richten.

Der Ombudsmann bearbeitet nur Beschwerden, deren Streitfrage nicht bereits von einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst, behandelt wird oder wurde.

**Aufsichts-
behörde** Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Beschwerden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn einzureichen.

Natürlich können Sie sich zusätzlich zur Kontaktierung der oben genannten Beschwerdestellen auch für eine gerichtliche Klärung entscheiden.

A.3. Tarifbeiträge

Stand: 01.01.2009

Gruppenversicherungs- beiträge pro Monat*	ZVP Basis (Gruppe)		ZVP Standard (Gruppe)		ZVP Comfort (Gruppe)		ZVP Plus (Gruppe)		ZVP Premium (Gruppe)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter										
0-19 Jahre	1,50 €	1,50 €	3,49 €	3,49 €	3,94 €	3,94 €	0,96 €	0,96 €	0,75 €	0,75 €
20-29 Jahre	2,50 €	2,50 €	8,82 €	10,32 €	12,07 €	18,28 €	5,66 €	7,14 €	3,23 €	3,18 €
30-39 Jahre			10,95 €	13,07 €	16,65 €	24,50 €	6,01 €	8,03 €	3,23 €	3,35 €
40-49 Jahre			12,66 €	15,51 €	24,01 €	32,65 €	7,15 €	8,46 €	4,52 €	3,83 €
50-59 Jahre			14,54 €	17,69 €	37,94 €	40,18 €	8,59 €	9,25 €	7,39 €	5,75 €
60-64 Jahre			15,51 €	17,93 €	48,48 €	45,97 €	9,79 €	9,98 €	9,91 €	7,41 €
65-69 Jahre	9,00 €	9,00 €	16,22 €	18,98 €	67,02 €	56,48 €	11,95 €	12,12 €	13,14 €	10,47 €
70-74 Jahre									16,04 €	14,45 €
75-79 Jahre									20,28 €	18,99 €
ab 80 Jahre									30,49 €	25,28 €

*) Die Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert und passen sich Ihrem Alter entsprechend den Altersgruppen an. 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.

B.1. Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

Stand: 01.01.2008, SAP-Nr. 315342

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

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- 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

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.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

- bei Unfällen
- für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung 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 Behandlern 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 Hilfsmittel 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, Masseuren, 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) 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;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) 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;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) 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 Versicherungsfalles 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 ausländischer 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.

(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 Beitragberechnung, 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 Bekannt werden 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.

(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 nach § 8 Absatz 2 oder vermindert er seine Leistung gemäß § 16, kann der Hauptversicherte die von der Änderung betroffenen Personen innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung abmelden. Bei einer Beitragserhöhung kann diese Abmeldung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung erfolgen.

(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, in dem diese wirksam wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

(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.

B.2. Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag

Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die Tarife ZVP

Stand: 01.01.2008

Versicherbarer Personenkreis

Versicherbar sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Der Antragsteller und dessen Ehe-/Lebenspartner können bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres aufgenommen werden. 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.

Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis der einzelnen Personen endet:

- 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 schriftliche Antrag auf Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag dem Versicherer zugeht.

B.3. Tarifbedingungen

Tarif ZVP Basis (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Stand: 01.05.2006, SAP-Nr. 325026

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	Männer	Frauen
	Euro	Euro
0 - 19 Jahre	1,50	1,50
20 - 64 Jahre	2,50	2,50
ab 65 Jahren	9,00	9,00

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: 01.01.2008, SAP-Nr. 325028

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

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
- zahntechnische Laborarbeiten nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers
- 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.

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 Regelhöchstätzen der jeweils geltenden 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

10. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Höchstätzen 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	8,82	10,32
30 -39 Jahre	10,95	13,07
40 -49 Jahre	12,66	15,51
50 -59 Jahre	14,54	17,69
60 -64 Jahre	15,51	17,93
ab 65 Jahren	16,22	18,98

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.

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 und Materialkosten

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck galvanisieren	13,29
Dowel-Pin setzen	3,07
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	13,29
Frässockel	9,20
Hilfssteil in Abdruck	13,29
Kontrollmodell	5,62
Kunststoffstümpfe	13,29
Langzeitprovisorium (auch inklusive Verblendung)	57,26
Lötmodell aus feuerfester Masse	5,62
Modell, angeliefertes, untersockeln	5,62
Modell aus Hartgips oder Superhartgips oder feuerfester Masse	5,62
Modell aus Kunststoff	18,92
Modell für Einzelstümpfe	9,20
Modell für Facette oder Modellguss	5,62
Modell für Sägesegmente	9,20
Modell nach Abformgerät oder Funktionsabdruck	5,62
Modellergänzung aus Kunststoff	13,29
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	8,18
Modellmontage in Mandibular-Positions-Variator (MPV)	8,18
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	8,18
Modellpaar sockeln, dreidimensional/Kunststoffform	19,94
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	8,18
Modellpaar in Gipssockel fixieren	8,18
Montage eines Gegenkiefermodelles	8,18
Montage eines Modellpaares in Fixator	8,18
Okklusionsmodell	5,62
Okklusionsmodell für Sägesegmente	9,20
Remontagemodell	18,92
Sägemodell/Set-up Modell	9,20
Set-up, je Zahn	8,18
Spezialmodell	5,62
Split-Cast-Sockel an Modell	5,62
Stumpfdruck galvanisieren	13,29
Stumpfmodell aus Metall für galvanischen Aufbau	9,20
Teilmodell aus feuerfester Masse	5,62
Zahnkranz ausgießen	5,62
Herstellen von individuellen Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	9,71
Basis aus Kunststoff bei Defektversorgung	18,92
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	5,62
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs, auf Basis	5,62
Bisswall, folienbeschichtet, nach Schreinemakers, auf Basis	5,62
Formteil für provisorische Versorgung	16,87
Funktionslöffel aus Kunststoff oder All Oral	18,92
Individueller Löffel aus Kunststoff	18,92
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay aus Kunststoff	28,63
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay aus Metall	28,63
Registrierplatte und -stift auf Basen	5,62
Spezialbissplatte	9,71
Tiefziehteil	16,87
Vorwall	12,27
Herstellen von festsitzendem Zahnersatz	
Auflage an Brückenglied	11,76
Angelieferte Modellation gießen	19,94
Anker gefräst oder gegossen für Klebebrücke	70,05
Brückenglied aus Vollkeramik*	50,11
Brückenglied, gegossen aus Metall für Keramik- oder Kunststoffverblendung	50,11
Dreiviertelkrone aus Vollkeramik*	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen aus Metall (auch inklusive Verblendung)	70,05
Galvanokrone für Verblendung	70,05

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Glasstiftaufbau, gegossen	46,02
Gussinlay, aus Metall (auch inklusive Verblendung) indirekt, einflächig	71,58
Gussinlay, aus Metall (auch inklusive Verblendung) indirekt, zweiflächig	81,81
Gussinlay, aus Metall (auch inklusive Verblendung) indirekt, dreiflächig oder mehrflächig, oder Gussinlay	92,03
Stift in Inlay zum Pinledge	10,23
Halbkronen, aus Vollkeramik*	70,05
Halbkronen, gegossen aus Metall (auch inklusive Verblendung)	70,05
Hartkernstiftaufbau	46,02
Inlay aus Vollkeramik*, einflächig	71,58
Inlay aus Vollkeramik*, zweiflächig	81,81
Inlay aus Vollkeramik*, dreiflächig, oder Onlay mehrflächig	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut (inklusive Verblendung), einflächig	71,58
Inlay galvanisch aufgebaut, (inklusive Verblendung), zweiflächig	81,81
Inlay galvanisch aufgebaut, (inklusive Verblendung), dreiflächig	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, (inklusive Verblendung), mehrflächig	92,03
Kreuzgussinlay	81,81
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	13,29
Krone, Brückenglied, Inlay passend für vorhandene Prothese einarbeiten	13,29
Krone aus Vollkeramik*	99,19
Krone, gegossen aus Metall für Keramik- oder Kunststoffverblendung	61,87
Künstliches Zahnfleisch	30,68
Lager für Ankerbandklammer	52,66
Lager für Raste	13,29
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	52,66
Lösungsknopf für abnehmbare Brücke oder für Krone oder Inlay	15,34
Mehrflächige Verblendung aus Keramik	76,69
Mehrflächige Verblendung aus Kunststoff	46,02
Papille aus Keramik	30,17
Papille aus Kunststoff/Polymerglas	13,80
Sattelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Stiftaufbau, direkt	19,94
Stiftaufbau, indirekt	46,02
Stiftaufbau in vorhandene Krone	13,29
Stiftkrone aus Kunststoff/Polymerglas	63,91
Umgehungsbügel bei Diastema	11,25
Verblendschale/Veneer aus Vollkeramik*	76,69
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	19,94
Wurzelkappe, erodiert, mit Aufbau	61,87
Wurzelkappe, indirekt, ohne Aufbau	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Aufbau für Krone	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Kaufläche für Kunststoffverblendung	61,87
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Wurzelpontic aus Kunststoff	13,80
Wurzelstift, gegossen	19,94
Zahnfleisch aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80
Herstellen und Verarbeiten von Verbindungselementen	
Ankerbandklammer, sekundär	117,09
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	41,93
Doppelkrone, primär oder sekundär, auch für Verblendungen	102,26
Doppelkronenriegel	154,41
Drehriegel/Doppeldrehriegel, auch funkenerodiert	154,41
Federbolzen	41,93
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	41,93
Friktionsstift	41,93
Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	83,34
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	117,09
Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	97,15
Konfektionsgeschiebe,-anker,-gelenk, primär, extra-/intraoral	69,54
Konfektionsgeschiebe/-riegel, verriegelnd, primär oder sekundär	69,54
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	83,34

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	45,50
Konuskronen, primär oder sekundär, auch als Wurzelstiftkronen	102,26
Konuskronen, sekundär für Keramik- oder Kunststoffverblendung	102,26
Lösungsknopf für Verbindungselement	15,34
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	117,09
Schub- oder Steckriegel, auch funkenerodiert	154,41
Schubverteilungsarm	53,69
Schwenkriegel oder Doppelschwenkriegel, auch funkenerodiert	154,41
Teleskopkronen, primär oder sekundär, auch für Verblendungen	102,26
Teleskop- oder Doppelkronen, primär, als Wurzelstiftkronen	102,26
Teleskopstiftkronen, primär oder sekundär, auch für Verblendungen	102,26
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	14,83
Approximalklammer, gebogen	9,71
Approximalklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Auflage, gebogen	9,71
Auflage, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Aufstellen, Grundeinheit	28,63
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,05
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,07
Aufstellen, je Zahneinheit bei Totalprothese Ober- und Unterkiefer	3,07
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff	83,34
Basisteil, gegossen, auch aus Edelmetall	62,89
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	32,72
Bonwill-Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	39,88
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, auch aus Edelmetall	19,94
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, gebogen	9,71
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, mit Auflage und Gegenlager, Edelmetall	28,63
Doppelbogenklammer, gebogen	14,83
Doppelbogenklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Dreiecksklammer, gebogen	8,69
Einarmige Klammer, gebogen	9,71
Einarmige Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Fertigstellen mit Kunststoff- oder Metallbasis, je Zahneinheit	3,58
Fortlaufende Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Gebogene Retention	40,90
Gegenlager, gebogen	9,71
Gegenlager, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Gitter, partiell/total oder Bügel	120,15
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/Metallbasis	45,50
Haltesporn, gebogen	8,69
Herstellen eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72
Inlayklammer, gebogen	9,71
Inlayklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Interdental-Knopfklammer	9,71
Jackson-Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Kappe, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Kauffläche aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72
Klammer, einzeln gegossen, auch aus Edelmetall	18,92
Kralle, gebogen	9,71
Kralle, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	17,90
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	15,34
Metallbasis, Oberkiefer, partiell oder total	120,15
Metallbasis, Unterkiefer, partiell oder total	120,15
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	120,15
Metallbasis Unterkiefer als Vestibulärbügel	120,15
Metallkauffläche, auch aus Edelmetall	37,32
Metallzahn, auch aus Edelmetall	37,32
Ösenklammer, gebogen	9,71
Pelottenklammer	9,71
Pfeilanker, gebogen	8,69
Pfeilklammer, gebogen	14,83
Retention, gegossen, auch aus Edelmetall	50,11
Ringklammer, gegossen	19,94
Ringklammer mit Auflage, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Frontzahn	37,32

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Backenzahn, auch aus Edelmetall	37,32
Rückenschutzplatte für Keramikverblendung, auch aus Edelmetall	37,32
Rücklaufklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Silberzinnbasis	120,15
Sonderkunststoff verarbeiten	83,34
Stiel, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Tropfenklammer, gebogen	9,71
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,90
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	9,71
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	14,83
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Voßklammer, gebogen	14,83
Zahnfleischklammer	9,71
Zweiarmige Klammer, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage, auch aus Edelmetall	28,63
Herstellen von Metallverbindungen und Oberflächenbeschichtung	
Lichtbogenschweißen je Verbindung	14,32
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung auf Modell, Grundeinheit	14,32
Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen, je Verbindung	14,32
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	25,05
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	12,78
Basisteil unterfüttern	37,32
Basis unterfüttern	51,13
Basis erneuern	62,38
Erweitern einer Aufbisschiene, Grundeinheit	17,38
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit	17,38
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis	17,38
Instandsetzen einer Aufbisschiene, Grundeinheit	15,85
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit	17,38
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis	15,85
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inklusive Trennsplatt	33,75
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkronen oder Steggeschiebe	7,67
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	7,67
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	33,75
Leistungseinheit, instandsetzen individueller Riegel	7,67
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	7,67
Leistungseinheit, instandsetzen Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, nacharbeiten Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, instandsetzen Kunststoffverblendung	7,67
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	7,67
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	7,67
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	7,67
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Sekundärteil	7,67
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Verlängerung	7,67
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	7,67
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	7,67
Implantate und Suprastrukturen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	30,68
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	50,11
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	30,17
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	21,47
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone gegossen	67,49
Implantat-Kontrollschablone	29,14

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	3,58
Parallelbohrschablone für Implantat, pro Kiefer	33,23
Verlängerungshülse für Implantat	13,80
Verschraubung, Implantat	43,46
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	12,27
Zahn vermessen	1,28
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	20,45
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	24,03
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	14,32
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	14,32
Selektives Einschleifen, je Zahn	15,34
Sonstiges	
Versand, je Versandgang	3,58
Sonderversand oder Fahrtkosten	3,58
NEM (Nichtedelmetall)-Zuschlag	10,23

* Gesamtpreis (inklusive Verblendung und Materialkosten) für alle Kronen, Brückenglieder, Inlays, Teilkronen, Veneers aus metallfreier Vollkeramik-Verblendkeramik und unabhängig von der Herstellungsart, wie z. B. AllCeram (Procera), Cerec, Chairside, Charisma, Empress, In Ceram, Targis/Vectis.

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

Stand: 01.01.2008, SAP-Nr. 325032

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

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
- Weegebühren 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

e) zahntechnische Laborarbeiten nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers

- 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.

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 7675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankversicherung 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
- für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von § 115 a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
 - 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	3,94	3,94
20 – 29 Jahre	12,07	18,28
30 – 39 Jahre	16,65	24,50
40 – 49 Jahre	24,01	32,65
50 – 59 Jahre	37,94	40,18
60 – 64 Jahre	48,48	45,97
ab 65 Jahren	67,02	56,48

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.

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 und Materialkosten

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck galvanisieren	13,29
Dowel-Pin setzen	3,07
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	13,29
Frässockel	9,20
Hilfssteil in Abdruck	13,29
Kontrollmodell	5,62
Kunststoffstümpfe	13,29
Langzeitprovisorium (auch inklusive Verblendung)	57,26
Lötmodell aus feuerfester Masse	5,62
Modell, angeliefertes, untersockeln	5,62
Modell aus Hartgips oder Superhartgips oder feuerfester Masse	5,62
Modell aus Kunststoff	18,92
Modell für Einzelstümpfe	9,20
Modell für Facette oder Modellguss	5,62
Modell für Sägesegmente	9,20
Modell nach Abformgerät oder Funktionsabdruck	5,62
Modellergänzung aus Kunststoff	13,29
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	8,18
Modellmontage in Mandibular-Positions-Variator (MPV)	8,18
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	8,18
Modellpaar sockeln, dreidimensional/Kunststoffform	19,94
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	8,18
Modellpaar in Gipssockel fixieren	8,18
Montage eines Gegenkiefermodelles	8,18
Montage eines Modellpaares in Fixator	8,18
Okklusionsmodell	5,62
Okklusionsmodell für Sägesegmente	9,20
Remontagemodell	18,92
Sägemodell/Set-up Modell	9,20
Set-up, je Zahn	8,18
Spezialmodell	5,62
Split-Cast-Sockel an Modell	5,62
Stumpfdruck galvanisieren	13,29
Stumpfmodell aus Metall für galvanischen Aufbau	9,20
Teilmodell aus feuerfester Masse	5,62
Zahnkranz ausgießen	5,62
Herstellen von individuellen Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	9,71
Basis aus Kunststoff bei Defektversorgung	18,92
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	5,62
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs, auf Basis	5,62
Bisswall, folienbeschichtet, nach Schreinemakers, auf Basis	5,62
Formteil für provisorische Versorgung	16,87
Funktionslöffel aus Kunststoff oder All Oral	18,92
Individueller Löffel aus Kunststoff	18,92
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay aus Kunststoff	28,63
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay aus Metall	28,63
Registrierplatte und -stift auf Basen	5,62
Spezialbissplatte	9,71
Tiefziehteil	16,87
Vorwall	12,27
Herstellen von festsitzendem Zahnersatz	
Auflage an Brückenglied	11,76
Angelieferte Modellation gießen	19,94
Anker gefräst oder gegossen für Klebebrücke	70,05
Brückenglied aus Vollkeramik*	50,11
Brückenglied, gegossen aus Metall für Keramik- oder Kunststoffverblendung	50,11
Dreiviertelkrone aus Vollkeramik*	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen aus Metall (auch inklusive Verblendung)	70,05
Galvanokrone für Verblendung	70,05

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Glasstiftaufbau, gegossen	46,02
Gussinlay, aus Metall (auch inklusive Verblendung) indirekt, einflächig	71,58
Gussinlay, aus Metall (auch inklusive Verblendung) indirekt, zweiflächig	81,81
Gussinlay, aus Metall (auch inklusive Verblendung) indirekt, dreiflächig oder mehrflächig, oder Gussinlay	92,03
Stift in Inlay zum Pinledge	10,23
Halbkronen, aus Vollkeramik*	70,05
Halbkronen, gegossen aus Metall (auch inklusive Verblendung)	70,05
Hartkernstiftaufbau	46,02
Inlay aus Vollkeramik*, einflächig	71,58
Inlay aus Vollkeramik*, zweiflächig	81,81
Inlay aus Vollkeramik*, dreiflächig, oder Onlay mehrflächig	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut (inklusive Verblendung), einflächig	71,58
Inlay galvanisch aufgebaut, (inklusive Verblendung), zweiflächig	81,81
Inlay galvanisch aufgebaut, (inklusive Verblendung), dreiflächig	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, (inklusive Verblendung), mehrflächig	92,03
Kreuzgussinlay	81,81
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	13,29
Krone, Brückenglied, Inlay passend für vorhandene Prothese einarbeiten	13,29
Krone aus Vollkeramik*	99,19
Krone, gegossen aus Metall für Keramik- oder Kunststoffverblendung	61,87
Künstliches Zahnfleisch	30,68
Lager für Ankerbandklammer	52,66
Lager für Raste	13,29
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	52,66
Lösungsknopf für abnehmbare Brücke oder für Krone oder Inlay	15,34
Mehrflächige Verblendung aus Keramik	76,69
Mehrflächige Verblendung aus Kunststoff	46,02
Papille aus Keramik	30,17
Papille aus Kunststoff/Polymerglas	13,80
Sattelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Stiftaufbau, direkt	19,94
Stiftaufbau, indirekt	46,02
Stiftaufbau in vorhandene Krone	13,29
Stiftkrone aus Kunststoff/Polymerglas	63,91
Umgehungsbügel bei Diastema	11,25
Verblendschale/Veneer aus Vollkeramik*	76,69
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	19,94
Wurzelkappe, erodiert, mit Aufbau	61,87
Wurzelkappe, indirekt, ohne Aufbau	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Aufbau für Krone	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Kaufläche für Kunststoffverblendung	61,87
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Wurzelpontic aus Kunststoff	13,80
Wurzelstift, gegossen	19,94
Zahnfleisch aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80
Herstellen und Verarbeiten von Verbindungselementen	
Ankerbandklammer, sekundär	117,09
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	41,93
Doppelkrone, primär oder sekundär, auch für Verblendungen	102,26
Doppelkronenriegel	154,41
Drehriegel/Doppeldrehriegel, auch funkenerodiert	154,41
Federbolzen	41,93
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	41,93
Friktionsstift	41,93
Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	83,34
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	117,09
Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	97,15
Konfektionsgeschiebe,-anker,-gelenk, primär, extra-/intraoral	69,54
Konfektionsgeschiebe/-riegel, verriegelnd, primär oder sekundär	69,54
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	83,34

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	45,50
Konuskronen, primär oder sekundär, auch als Wurzelstiftkronen	102,26
Konuskronen, sekundär für Keramik- oder Kunststoffverblendung	102,26
Lösungsknopf für Verbindungselement	15,34
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	117,09
Schub- oder Steckriegel, auch funkenerodiert	154,41
Schubverteilungsarm	53,69
Schwenkriegel oder Doppelschwenkriegel, auch funkenerodiert	154,41
Teleskopkronen, primär oder sekundär, auch für Verblendungen	102,26
Teleskop- oder Doppelkronen, primär, als Wurzelstiftkronen	102,26
Teleskopteilkronen, primär oder sekundär, auch für Verblendungen	102,26
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	14,83
Approximalklammer, gebogen	9,71
Approximalklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Auflage, gebogen	9,71
Auflage, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Aufstellen, Grundeinheit	28,63
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,05
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,07
Aufstellen, je Zahneinheit bei Totalprothese Ober- und Unterkiefer	3,07
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff	83,34
Basisteil, gegossen, auch aus Edelmetall	62,89
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	32,72
Bonwill-Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	39,88
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, auch aus Edelmetall	19,94
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, gebogen	9,71
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, mit Auflage und Gegenlager, Edelmetall	28,63
Doppelbogenklammer, gebogen	14,83
Doppelbogenklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Dreiecksklammer, gebogen	8,69
Einarmige Klammer, gebogen	9,71
Einarmige Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Fertigstellen mit Kunststoff- oder Metallbasis, je Zahneinheit	3,58
Fortlaufende Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Gebogene Retention	40,90
Gegenlager, gebogen	9,71
Gegenlager, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Gitter, partiell/total oder Bügel	120,15
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/Metallbasis	45,50
Haltesporn, gebogen	8,69
Herstellen eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72
Inlayklammer, gebogen	9,71
Inlayklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Interdental-Knopfklammer	9,71
Jackson-Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Kappe, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Kauffläche aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72
Klammer, einzeln gegossen, auch aus Edelmetall	18,92
Kralle, gebogen	9,71
Kralle, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	17,90
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	15,34
Metallbasis, Oberkiefer, partiell oder total	120,15
Metallbasis, Unterkiefer, partiell oder total	120,15
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	120,15
Metallbasis Unterkiefer als Vestibulärbügel	120,15
Metallkauffläche, auch aus Edelmetall	37,32
Metallzahn, auch aus Edelmetall	37,32
Ösenklammer, gebogen	9,71
Pelottenklammer	9,71
Pfeilanker, gebogen	8,69
Pfeilklammer, gebogen	14,83
Retention, gegossen, auch aus Edelmetall	50,11
Ringklammer, gegossen	19,94
Ringklammer mit Auflage, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Frontzahn	37,32

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Backenzahn, auch aus Edelmetall	37,32
Rückenschutzplatte für Keramikverblendung, auch aus Edelmetall	37,32
Rücklaufklammer, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Silberzinnbasis	120,15
Sonderkunststoff verarbeiten	83,34
Stiel, gegossen, auch aus Edelmetall	11,25
Tropfenklammer, gebogen	9,71
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,90
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	9,71
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	14,83
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen, auch aus Edelmetall	28,63
Voßklammer, gebogen	14,83
Zahnfleischklammer	9,71
Zweiarmige Klammer, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen, auch aus Edelmetall	19,94
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage, auch aus Edelmetall	28,63
Herstellen von Metallverbindungen und Oberflächenbeschichtung	
Lichtbogenschweißen je Verbindung	14,32
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung auf Modell, Grundeinheit	14,32
Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen, je Verbindung	14,32
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	25,05
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	12,78
Basisteil unterfüttern	37,32
Basis unterfüttern	51,13
Basis erneuern	62,38
Erweitern einer Aufbisschiene, Grundeinheit	17,38
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit	17,38
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis	17,38
Instandsetzen einer Aufbisschiene, Grundeinheit	15,85
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit	17,38
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis	15,85
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inklusive Trennsplatt	33,75
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkronen oder Steggeschiebe	7,67
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	7,67
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	33,75
Leistungseinheit, instandsetzen individueller Riegel	7,67
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	7,67
Leistungseinheit, instandsetzen Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, nacharbeiten Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, instandsetzen Kunststoffverblendung	7,67
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	7,67
Leistungseinheit, Kunststoffsaft lösen und wiederbefestigen	7,67
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	7,67
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Sekundärteil	7,67
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Verlängerung	7,67
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	7,67
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	7,67
Implantate und Suprastrukturen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	30,68
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	50,11
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	30,17
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	21,47
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone gegossen	67,49
Implantat-Kontrollschablone	29,14

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	3,58
Parallelbohrschablone für Implantat, pro Kiefer	33,23
Verlängerungshülse für Implantat	13,80
Verschraubung, Implantat	43,46
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	12,27
Zahn vermessen	1,28
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	20,45
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	24,03
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	14,32
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	14,32
Selektives Einschleifen, je Zahn	15,34
Sonstiges	
Versand, je Versandgang	3,58
Sonderversand oder Fahrtkosten	3,58
NEM (Nichtedelmetall)-Zuschlag	10,23

* Gesamtpreis (inklusive Verblendung und Materialkosten) für alle Kronen, Brückenglieder, Inlays, Teilkronen, Veneers aus metallfreier Vollkeramik-Verblendkeramik und unabhängig von der Herstellungsart, wie z. B. AllCeram (Procera), Cerec, Chairside, Charisma, Empress, In Ceram, Targis/Vectis.

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

Stand: 01.01.2008, SAP-Nr. 325034

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

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	3,18
30 – 39 Jahre	3,23	3,35
40 – 49 Jahre	4,52	3,83
50 – 59 Jahre	7,39	5,75
60 – 64 Jahre	9,91	7,41
65 – 69 Jahre	13,14	10,47
70 – 74 Jahre	16,04	14,45
75 – 79 Jahre	20,28	18,99
über 79 Jahre	30,49	25,28

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: 01.01.2008, SAP-Nr. 325030

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 Euro	Frauen Euro
0 – 19 Jahre	0,96	0,96
20 – 29 Jahre	5,66	7,14
30 – 39 Jahre	6,01	8,03
40 – 49 Jahre	7,15	8,46
50 – 59 Jahre	8,59	9,25
60 – 64 Jahre	9,79	9,98
ab 65 Jahren	11,95	12,12

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: 01.01.2008, SAP-Nr: 323788

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und Datennutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) und versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Bankverbindung, Abrechnung mit Vermittlern sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiel: Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmissbrauch besteht. Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antragsdaten, einschließlich der Gesundheitsdaten, sowie Vertrags- und Leistungsdaten können an andere Krankenversicherer der Versicherungskammer Bayern (VKB) zwecks Bearbeitung weitergegeben werden. Von den übrigen Versicherungsunternehmen der Gruppe können nur die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten abgefragt werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der Krankenversicherer.

Der Versicherer gehört zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern (VKB) und gehört/kooperiert über die jeweils zuständige Landesdirektion zu/mit der Versicherungsgruppe, der diese als Unternehmen angehört.

Versicherungskammer Bayern zurzeit: Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Bayerische Landesbrandversicherung AG, Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft, Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG, Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG, Saarland Feuerversicherung AG, Saarland Lebensversicherung AG, Union Krankenversicherung AG, Union Reiseversicherung AG, Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts, Versicherungskammer Bayern Konzern-Rückversicherung AG.

Landesdirektionen zurzeit: Badischer Gemeinde-Versicherungs-Verband, Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG, Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt, Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig, Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg, ÖSA – Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt, Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse, Provinzial Nord Lebensversicherung AG, Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG – Versicherung der Sparkassen, Saarland Feuerversicherung AG, Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG, SV Sparkassen-Versicherung AG, Westfälische Provinzial Versicherung AG.

Aufgrund von Kooperationsabkommen ist die bestehende Versicherung in der AOK/LKK Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit in einigen Tarifen. Zur Überprüfung und zur Betreuung erfolgt ein Datenaustausch. Zurzeit bestehen Kooperationsverträge mit: AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Franken und Oberbayern, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und weiteren Versicherungsunternehmen zusammen.

Die Versicherungskammer Bayern und teilweise die einzelnen Landesdirektionen kooperieren mit den Unternehmen der Sparkassenorganisation (S-Finanzgruppe) und den Raiffeisen- und Volksbanken.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und andere.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige

Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.