

Wesentliche Merkmale der Tarifstufe HIT.Z 40

- 40% Kostenerstattung für Zahnersatz mit Rechnungshöchstbeträgen

Tarifstufe HIT.Z 40/Gruppe

Zahnersatz-Zusatzversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Fassung Januar 2013

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie den zugehörigen Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle nach einem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personen aufgenommen werden, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

II. Versicherungsleistungen

Vorleistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder andere Kostenträger zu erbringen haben, sind in voller Höhe in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.

Die Tarifstufe HIT.Z 40/Gruppe kann innerhalb des Tarifs HIT nur mit den Tarifstufen HIT.HP/Gruppe, HIT.S/Gruppe oder HIT.U/Gruppe kombiniert werden.

1. Zahnersatz (ambulant)

Hierzu gehören die bei Zahnersatz ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar und für angemessene Material- und Laborkosten. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken und Stifzähne, Reparatur von Zahnersatz sowie Implantate.

Im Zusammenhang mit Implantaten werden darüber hinaus auch gegebenenfalls erforderliche chirurgische Maßnahmen, die medizinisch notwendig sind, um Kieferknochen auf die Aufnahme der Implantate aufzubereiten, erstattet.

Erstattet werden 40% des Rechnungsbetrages, jedoch zusammen mit der Vorleistung anderer Kostenträger nicht mehr als 80 % des Rechnungsbetrages.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag (einschließlich Leistungen aller Kostenträger) von 2.000 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages des zahn-technischen Labors) nachgewiesen ist.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen.

2. Rechnungshöchstbeträge

Für zahnärztliche tarifliche Leistungen nach II. 1 gelten nachstehende Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

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

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, dann vermindert sich der für das erste und zweite Kalenderjahr vorgesehene Höchstsatz um jeweils 1/24 für jeden nicht versicherten Monat.

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

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach dem Eingang der Anmeldung beim Versicherer ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

III. Beiträge

Die monatlichen Beitragsraten betragen in €:

Eintritts- -alter		Eintritts- alter	
0-16	0,20	45	11,10
17-25	2,63	46	11,23
26	7,73	47	11,35
27	7,95	48	11,47
28	8,17	49	11,58
29	8,38	50	11,68
30	8,59	51	11,78
31	8,80	52	11,87
32	9,00	53	11,95
33	9,20	54	11,97
34	9,39	55	11,97
35	9,57	56	11,97
36	9,75	57	11,97
37	9,92	58	11,97
38	10,09	59	11,97
39	10,24	60	11,97
40	10,40	61	11,97
41	10,55	62	11,97
42	10,69	63	11,97
43	10,83	64	11,97
44	10,97	65	12,36

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Kinder zahlen bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 25. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-25 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 26 zu zahlen.