

Teil III

Zusatztarif VTZ pro für Beihilfeberechtigte

Stand 01.07.2019

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung nach dem vereinbarten Grundtarif VTN U

Teil I - Rahmenbedingungen und

Teil II - Tarifbedingungen für den Tarif VTN U

soweit nachstehend nicht ausdrücklich andere Bestimmungen getroffen sind.

A. Versicherungsfähigkeit / Aufnahmefähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach Tarif VTN U - im folgenden Grundtarif genannt - versichert sind.

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (siehe hierzu auch § 15 Teil I Nr. 3 AVB).

B. Leistungen des Versicherers

Es werden unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen aus dem Grundtarif verbleibende Aufwendungen* erstattet für:

1. Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung)

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Stützähne, Brücken) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn), Einlagefüllungen/Inlays, Aufbaufüllungen und Provisorien, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen.

Zahnärztliche Leistungen sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig, soweit sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind und den Regelhöchstsatz nach § 5 Abs. 2 GOZ (z.Zt. 2,3-fach) nicht übersteigen. Leistungen, die der Zahnarzt nach der GOÄ berechnen kann, werden bis zum jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ (z.Zt. 2,3/1,8/1,15fach) erstattet.

Mehraufwendungen oberhalb des Regelhöchstsatzes sind grundsätzlich nicht erstattungsfähig. Auf Antrag des Versicherungsnehmers erkennt der Versicherer ein ärztliches Honorar bis zu den jeweiligen Höchstätzen (z.Zt. 3,5fach GOZ bzw. 3,5/2,5/1,3fach GOÄ) nachträglich als erstattungsfähig an, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Beihilfestelle nach besonderer Begründung auch ärztliche Honoraranteile anerkannt hat, die die Regelhöchstsätze über-

steigen.

Die gesondert berechenbaren zahntechnischen Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs VTZ pro (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge dieses Verzeichnisses können, insbesondere um den Versicherungsschutz wertbeständig zu erhalten, unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse im Gesundheitswesen angepasst werden.

Die Erstattung nach Tarif VTZ pro wird für jede versicherte Person begrenzt auf höchstens

500 EUR innerhalb der ersten 12 Monate ihrer Versicherung nach Tarif VTZ pro (1. Leistungsjahr),

1.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate ihrer Versicherung nach Tarif VTZ pro (1. und 2. Leistungsjahr),

1.500 EUR innerhalb der ersten 36 Monate ihrer Versicherung nach Tarif VTZ pro (1., 2. und 3. Leistungsjahr),

2.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate ihrer Versicherung nach Tarif VTZ pro (1., 2., 3. und 4. Leistungsjahr),

7.000 EUR ab dem 49. Monat ihrer Versicherung nach Tarif VTZ pro innerhalb eines jeden weiteren Leistungsjahres.

* Selbstbeteiligungen, die in den Beihilfavorschriften vorgesehen sind, zählen nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

Zeiten, für die Anwartschaftsbeiträge gezahlt werden, werden dabei nicht mitgezählt.

Entstehen Aufwendungen innerhalb der ersten vier Leistungsjahre für einen nachweislich nach Beginn der Versicherung nach Tarif VTZ pro eingetretenen Unfall, gilt hierfür der erst ab dem 5. Leistungsjahr festgelegte Höchstbetrag.

Aufwendungen für implantologische Leistungen (einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten) sind - unter Berücksichtigung der vorstehenden Begrenzungen - bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 5.000 EUR pro Kiefer erstattungsfähig. Die für Implantat getragenen Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken, Prothesen) entstehenden Kosten fallen nicht unter diese Begrenzung und werden entsprechend den Kosten für Zahnersatz, der von noch vorhandenen Zähnen getragen wird, erstattet.

2. Professionelle Zahnreinigung

Die Aufwendungen für die professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 1040) sind zweimal im Kalenderjahr erstattungsfähig.

3. Prophylaxe

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende prophylaktische bzw. konservierende Leistungen:

- Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur Vorbeugung,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- lokale Fluoridierung,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren und
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen.

4. Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Die Leistung für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung beträgt bis zu

250 EUR

Erstattungsbetrag je versicherter Person und Kalenderjahr.

Hierzu zählen Aufwendungen für

- Analgosedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur und
- Hypnose.

5. Sehhilfen

Die Leistung für Sehhilfen beträgt nach Vorleistung der Beihilfe und des Tarifs VTN U bis zu

200 EUR

Erstattungsbetrag je versicherter Person.

Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit dem letzten Bezug, auch wenn es sich um unterschiedliche Sehhilfen (z.B. Nahbrille, Fernbrille, Kontaktlinsen) handelt.

6. Heilmittel

Die Leistung für Heilmittel (gemäß AVB Teil III Tarif VTN U Abschnitt C Nr. 1.1 e) beträgt bis zu

2.000 EUR

Erstattungsbetrag je versicherter Person und Kalenderjahr.

7. Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Beihilfe die Kosten für

- a) gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen,
- b) Fahrtkosten zum und vom Arzt bzw. Krankenhaus am Tag der Operation.

Die ärztlichen Leistungen sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig, soweit sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Sie werden auch über die in der GOÄ aufgeführten Höchstsätze hinaus erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Die Tarifleistung beträgt bis zu

1.000 EUR

Erstattungsbetrag je versicherter Person und Kalenderjahr.

8. Heilbehandlung im Ausland bei kurzfristigen Auslandsreisen

- a) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung für die ersten 45 Tage eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen und außereuropäischen Ausland, wenn der Versicherungsfall dort nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt.

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war.

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- ärztliche Behandlung
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (Strahlen-, Wärme-, Licht- und sons-

- tige physikalische Behandlung)
 - Röntgendiagnostik
 - stationäre Heilbehandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) im nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus
 - notwendigen Transport zu diesem Krankenhaus
 - Operationen (einschließlich Operationsnebenkosten)
 - schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung sowie akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit.
- c) Neben den nach b) zu erbringenden Leistungen erstattet der Versicherer Aufwendungen für folgende Kosten:
- Mehrkosten, die durch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Krankentransport aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes entstehen. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.
 - Im Fall des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes Kosten für die Überführung in die Heimat oder Bestattungskosten am Sterbeort
 - im europäischen Ausland bis 5.000 EUR,
 - im außereuropäischen Ausland bis 10.000 EUR.

Der Anspruch auf Erstattung der Rücktransportkosten ist durch eine Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit und die ärztliche An-

ordnung des Krankentransports, der Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Beerdigungskosten durch Kostenbelege und die amtliche Sterbeurkunde mit ärztlicher Bescheinigung über die Todesursache zu begründen.

- d) Die Leistungspflicht des Versicherers endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit der Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, mit Ablauf der in a) festgelegten Höchstdauer für Versicherungsschutz im Ausland, spätestens mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in das Inland.

Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfall nicht bis zu dem oben genannten Zeitpunkt zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen entschädigungspflichtigen Versicherungsfall über diesen Zeitpunkt hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

- e) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind auf Verlangen dem Versicherer nachzuweisen.

9. Heilkuren und Sanatoriumsbehandlung

Bei ärztlich verordneter Kur- oder Sanatoriumsbehandlung zahlt der Versicherer für jeden Tag, für den beihilfefähige Aufwendungen entstehen, längstens für 28 Tage, ein Kurtagegeld in Höhe von

25 EUR.

Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von drei Jahren seit der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

C. Ruhen der Versicherung

Ein für den Grundtarif vereinbartes Ruhen der Versi-

cherung erstreckt sich auch auf den Zusatztarif VTZ pro.

D. Versicherungsdauer

Mit der Beendigung des Versicherungsschutzes nach dem

Grundtarif erlischt gleichzeitig auch der nach dem Zusatztarif VTZ pro.