

HanseMerkur Krankenversicherung AG

PRODUKTÜBERBLICK FÜR VERTREIBER

nach § 23 Abs. 1c VAG i. V. m. Art. 8 Abs. 2 DVO (EU) 2017/2358

Sparte: Krankenversicherung

Produkt: betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Tarif: BKZT

Stand: 28.05.2020

Hauptmerkmale und Charakteristika

<p>Tarifbeschreibung</p>	<p>Der Tarif BKZT ist ein Ergänzungstarif, welcher nur im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung abgeschlossen werden kann. Erstattet werden Kosten für Zahnersatz. Hierunter fallen insbesondere prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays, implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Des Weiteren werden Akupunktur zur Schmerzprophylaxe, Vollnarkose bei Implantatbehandlungen sowie kieferorthopädische Maßnahmen in Folge eines Unfalls oder einer schweren Krankheit erstattet. Diese Aufwendungen müssen im Rahmen der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Eine Ausnahme bildet die nach § 2 GOÄ/GOZ vereinbarte Honorarforderung, mit derer in besonderen Fällen auch oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der GOÄ/GOZ erstattet wird.</p> <p>Im Tarif BKZT wird auf eine Zahnstaffel, also Erstattungshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren, verzichtet.</p>
<p>Allgemeine Versicherungsbedingungen</p>	<p>Für den Tarif BKZT gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).</p>
<p>Verbraucherinformation</p>	<p>Der Tarif BKZT ist in der Verbraucherinformation „Betriebliche Krankenversicherung“ enthalten.</p>
<p>Arbeitgeberzuschussfähigkeit</p>	<p>Der Tarif BKZT ist nicht arbeitgeberzuschussfähig.</p>
<p>Einschränkungen und vertragliche Besonderheiten</p>	<p>Der Tarif BKZT kann nicht zusammen mit dem Tarif BKZ abgeschlossen werden. Bei Abschluss des Tarifs muss jeder Gruppenversicherungsvertrag mindestens 5 versicherte Personen umfassen.</p>

Wartezeiten	Die Wartezeiten werden gemäß § 5 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ erlassen.
Beitragsrückerstattung	Eine Beitragsrückerstattung ist nicht vorgesehen.
Altersumstufungen	Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Zielmarkt

Sparte	Krankenversicherung
Verkaufsregion	Deutschland
Altersbereiche/-Gruppen	0 bis 69 Jahre
Personenkreis	Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners.
Bedürfnisse	Ergänzender Versicherungsschutz für Zahnersatzmaßnahmen.

Vertriebsstrategie

Vertriebsweg	Es gibt keine Einschränkungen seitens des Produktes.
---------------------	--

Risiken und Kosten

Risiken	Es sind keine mit dem Produkt verbundenen Risiken bekannt.
Kosten	Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten sind bereits in den Versicherungsbeiträgen berücksichtigt. Über die in den Vertragsunterlagen (Antrag, Bedingungen, Versicherungsschein) beschriebenen Kosten hinaus, z. B. Mahngebühren, entstehen dem Kunden keine weiteren.

Interessenkonflikte

Es sind keine Umstände bekannt, welche einen Interessenkonflikt zum Nachteil des Kunden auslösen können.

Das Produkt / der Tarif hat das Produktfreigabeverfahren der HanseMercur Krankenversicherung AG erfolgreich durchlaufen und wird regelmäßig überprüft.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif BKZT der betrieblichen Krankenversicherung (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS), den Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung und für die Beitragsfreistellung in der betrieblichen Krankenversicherung, dem Tarif BKZT sowie dem Versicherungsausweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenzusatzversicherung, die den Versicherungsschutz der Privaten Krankenversicherung (PKV) oder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.



Was ist versichert?

- ✓ Zahnersatz in prozentual vereinbarter Höhe. Die Höhe wird bei Antragstellung festgelegt.
Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays, implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sowie die Voll- oder Kombinationsnarokose bei Implantatbehandlungen und die Behandlung durch Akupunktur zur Schmerzprophylaxe.
- ✓ Kieferorthopädie in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit, sofern ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder einer PKV besteht und die erforderliche Behandlung in eine der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 eingestuft wird. Für die versicherten Leistungen wird bei Antragstellung eine prozentuale Kostenerstattung vereinbart.
- ✓ Versicherte Leistungen für Zahnersatz oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) oder Ärzte (GOÄ), sofern krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse diese Berechnung erfordern.
- ✓ Angeratene und bereits laufende Behandlungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✓ Weltweiter Versicherungsschutz während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts auch ohne besondere Vereinbarung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Zahnärztliche Heilbehandlungen bzw. kieferorthopädische Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Kieferorthopädie oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) oder Ärzte (GOÄ)
- ✗ Gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Heilbehandlung im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung [AVB/KS] und dem Tarif BKZT, insbesondere in § 5 AVB/KS.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Gesamterstattung einschließlich anderweitiger Zahnersatzversicherungen - auch der GKV - beträgt für Zahnersatz und Kieferorthopädie maximal 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.
- ! Für gesetzlich versicherte Personen gilt: Wird für prothetische Leistungen bzw. Kieferorthopädie keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für diese Leistungen eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen angesetzt.
- ! Für privat vollversicherte Personen gilt: Wird für eine Versorgung mit Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie keine Vorleistung einer PKV nachgewiesen, so wird für diese Leistungen eine fiktive Vorleistung einer PKV in Höhe von 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen angesetzt.
- ! Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. einer PKV einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.
- ! Angeratene und bereits laufende Behandlungen: nur für Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter; Beginn der Leistungspflicht erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.
- ! Weltweiter Versicherungsschutz: verringerte tarifliche Leistungen ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, Russland und der Türkei, darüber hinaus auch in den ersten sechs Monaten eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss die versicherte Person dort jedoch wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus verbleiben, hat sie solange Versicherungsschutz, bis sie die Rückreise ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. In anderen Fällen verringern sich die Leistungen ab Beginn des siebten Monats im außereuropäischen Ausland um ein Drittel. Die Leistungen sind in jedem Fall auf die Höhe begrenzt, die bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre.
- ✓ Die folgenden Regelungen gelten nicht im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherung:
 - Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.
 - Auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das europäische Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen müssen Sie und die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis ist dem Versicherer unverzüglich zu melden.
- Ist aufgrund krankheits- bzw. befundbedingter Erschwernisse für eine geplante Maßnahme die Berechnung oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) angedacht, muss dem Versicherer zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden.
- Versicherte der GKV müssen dem Versicherer zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie die Höhe der Vorleistung durch die GKV nachweisen.
- Privat vollversicherte Personen müssen zusammen mit der Rechnung alle diesbezüglichen Erstattungsbelege privater Krankenversicherungen einreichen.



Wann und wie zahle ich?

- Im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherung übernimmt der Arbeitgeber die Beitragszahlung. Die Vereinbarung einer Beitragsfreistellung ab Versicherungsbeginn ist gegen Beitragszuschlag möglich.
Sofern der Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt wird, gelten die folgenden Regelungen für Sie:
 - Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode.
 - Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
 - Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.
 - Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsausweis angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Ausscheiden der versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis zum Monatsende. Es endet ebenfalls, wenn der Arbeitgeber den versicherten Tarif kündigt oder wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers im Rahmen der Einzelversicherung fortzuführen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis bzw. nach Kündigung des Tarifs bzw. nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas, Russlands und der Türkei verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sofern der Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt wird, haben Sie folgende Kündigungsmöglichkeiten:
 - Sie können das Versicherungsverhältnis oder einen einzelnen Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
 - Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
 - Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer bedingungsgemäßen Altersumstufung, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung zum Zeitpunkt der Änderung außerordentlich kündigen.

Tarif BKZT

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKZT können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKZT für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Erstattungshöhe und Tarifbezeichnung

Für die versicherten Leistungen wird eine prozentuale Kostenerstattung vereinbart. Die Beiträge errechnen sich entsprechend dem als Kostenerstattung vereinbarten Prozentsatz. Dieser Prozentsatz wird zusätzlich zur Tarifbezeichnung angegeben. Die Bezeichnung BKZT/30 bedeutet z. B., dass die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 30 % ersetzt werden.

Soweit Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung bestehen, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Für gesetzlich versicherte Personen gilt:

Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so muss der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie die Höhe der Vorleistung durch die GKV nachgewiesen werden. Besteht ein Leistungsanspruch gegen eine oder mehrere andere private Krankenversicherungen im Rahmen einer Zahnzusatzversicherung, so müssen der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie zusammen mit der Rechnung die Erstattungsbelege sämtlicher privater Krankenversicherungen vorgelegt werden.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen der GKV und anderer privater Krankenversicherungen darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt C. nicht überschreiten. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Wird für Behandlungen nach Punkt C. 1.1.1. bzw. C. 2.2.1. keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für diese Leistungen einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien gemäß Punkt C. 1.1.3. eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen unterstellt.

Für privat vollversicherte Personen gilt:

Besteht ein Leistungsanspruch gegen eine oder mehrere andere private Krankenversicherungen, so müssen der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie zusammen mit der Rechnung die Erstattungsbelege sämtlicher privater Krankenversicherungen vorgelegt werden.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen anderer privater Krankenversicherungen darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt C. nicht überschreiten. Selbstbehalte, die von einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Wird für Behandlungen nach Punkt C. keine Vorleistung einer privaten Krankenversicherung nachgewiesen, so wird eine fiktive Vorleistung der privaten Krankenversicherung in Höhe von 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen unterstellt.

C. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattet werden:

1. Zahnersatz

1.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten in besonderen Fällen auch die Rechnungsbeträge einer nach § 2 GOÄ/GOZ vereinbarten Honorarforderung, deren Berechnung oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der GOÄ oder GOZ erfolgt ist, sofern vor Beginn der Heilbehandlung ein entsprechend begründeter Heil- und Kostenplan eingereicht wurde und der Versicherer die Erstattung der Behandlungskosten zugesagt hat. Der Versicherer wird die Kostenzusage erteilen, wenn die Gebührenüberschreitung durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse (z. B. bei Behandlungen nach Ausräumen eines Tumors im Mundraum, nach Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder einer kompletten Neuversorgung beider Kiefer bei schwieriger Ausgangsbisslage) begründet ist und die Aufwendungen nicht in einem auffälligen Missverhältnis zu den zu erbringenden Leistungen stehen.

Nicht versichert ist die gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

- 1.1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes).
- 1.1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- 1.1.3. Erstattungsfähig sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.
- 1.1.4. Erstattungsfähig ist ferner eine Voll- oder Kombinationsnarkose bei Implantatbehandlungen sowie die Behandlung durch Akupunktur zur Schmerzprophylaxe (GOÄ 269 oder GOÄ 269a) bei Zahnersatz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

2. Kieferorthopädie in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit

2.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie, die in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit medizinisch notwendig werden und

- hierfür ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder einer privaten Krankenversicherung besteht und
- die Behandlung in eine der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 eingestuft wird.

Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

2.2. Definitionen

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, vgl. § 1 (1) AVB/KS.

Schwerwiegende Erkrankungen sind angeborene Missbildungen des Gesichts oder Kiefers, skelettale Dysgnathie oder bösartige Neubildungen (Krebs, Tumor).

D. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die in Punkt C. aufgeführten Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

E. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

F. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.