

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: BKZB

Stand: 28.05.2020

Hauptmerkmale und Charakteristika

Tarifbeschreibung	Der Tarif BKZB ist ein Ergänzungstarif, welcher nur im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung abgeschlossen werden kann. Erstattet werden Kosten für Zahnbehandlungen. Hierunter fallen besondere Füllungen, Wurzelbehandlungen, Fissurenversiegelungen und Parodontosebehandlungen. Für die Wurzelbehandlung wird auch dann geleistet, wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Leistung vorsieht.
Allgemeine Versicherungsbedingungen	Für den Tarif BKZB gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).
Verbraucherinformation	Der Tarif BKZB ist in der Verbraucherinformation „Betriebliche Krankenversicherung“ enthalten.
Arbeitgeberzuschussfähigkeit	Der Tarif BKZB ist nicht arbeitgeberzuschussfähig.
Einschränkungen und vertragliche Besonderheiten	Bei Abschluss des Tarifs BKZB muss jeder Gruppenversicherungsvertrag mindestens 5 versicherte Personen umfassen.
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 Zahnbehandlungen.

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 BKZB 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 BKZB 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?

- ✓ Versichert sind die im Folgenden aufgeführten Zahnbehandlungen:
 - Besondere Füllungen,
 - Wurzelbehandlung,
 - Fissurenversiegelung,
 - Parodontosebehandlung.
- ✓ 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, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Amalgamfüllungen und Inlays.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Ein Erstattungsanspruch auf Leistungen des Tarifs BKZB besteht nur nach Vorleistung der GKV bzw. PKV. Entfallen diese Vorleistungen, reduziert sich der Erstattungsanspruch auf die Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung / Wurzelspitzenresektion).
- ! Besondere Füllungen: nur Komposit- / Kunststofffüllungen sowie Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen.
- ! 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.
- Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV oder einer PKV, muss diese dem Versicherer zur Erstattung von Leistungen nachgewiesen werden.



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 BKZB

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 BKZB 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 BKZB 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. Versicherungsleistungen

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen für ambulante Zahnbehandlungen. 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 die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Erstattungsfähig im Rahmen der versicherten Leistungen sind weiterhin 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 Person 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.

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

Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) verbleibenden Aufwendungen werden zu 100 % erstattet. Die Vorleistung ist nachzuweisen. Selbstbehalte, die von der GKV gemäß § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. von der PKV einbehalten wurden, zählen zu der anrechenbaren Vorleistung. Sehen die GKV und die PKV im Versicherungsfall keine Leistungen vor, so reduziert sich der Erstattungsanspruch auf die in Punkt B. 2. genannte Wurzelbehandlung.

1. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen). Amalgamfüllungen und Inlays fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

2. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

3. Fissurenversiegelung 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer Fissurenversiegelung.

4. Parodontosebehandlung 100 %

Die folgenden zahnmedizinischen Parodontosemaßnahmen sind erstattungsfähig:

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010),

- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaugbiet (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138),
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (GOZ 0050),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Zuschläge bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (GOZ 0510 und/oder GOZ 0520) sowie Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops (GOZ 0110),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Intraorale Infiltrationsanästhesie (GOZ 0090).

Ändert die GKV den Leistungsumfang für die im Versicherungsschutz erfassten Zahnbehandlungen, so kann der Versicherer die Leistungen zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Person 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.

C. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die in Punkt B. 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.

D. 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.

E. 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.