

Krankenversicherung

Ergänzungsversicherung Kirchen (Gruppenversicherung)

Booklet II – Stand 1. März 2024 – Druckstücknummer 325375

Informations- und Bedingungspaket

Inhalt

A. Informationspaket

A.1 Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen (§ 1 VVG-InfoV)	3
A.2 Ergänzende Verbraucherinformationen.....	10

B. Bedingungspaket

B.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

AVB für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV)	28
---	----

B.2 Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag

Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die kirchliche Höherversicherung und die kirchliche Ergänzungsversicherung	33
---	----

B.3 Tarifbedingungen

B.3.1 Tarifbedingungen (bisex)	34
---	----

Tarif PEP Standard (Gruppe)	35
-----------------------------------	----

Tarif 820 K	40
-------------------	----

Tarif 820 K2	42
--------------------	----

Tarif PEP Premium (Gruppe)	44
----------------------------------	----

Tarif PEP Plus (Gruppe)	45
-------------------------------	----

B.3.2 Tarifbedingungen (unisex)	46
--	----

Tarif PEP Standard (Gruppe)	47
-----------------------------------	----

Tarif 820 K	52
-------------------	----

Tarif 820 K2	54
--------------------	----

Tarif 820 K Plus (Gruppe).....	56
--------------------------------	----

Tarif ComfortPro S	58
--------------------------	----

Tarif PEP Premium (Gruppe)	64
----------------------------------	----

Tarif PEP Plus (Gruppe)	65
-------------------------------	----

Tarif AS	66
----------------	----

Tarif VorsorgePro S	67
---------------------------	----

B.4 Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung	68
---------------------------------------	----

A. Informationspaket

A.1 Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen (§ 1 VVG-InfoV)

1. Informationen zum Versicherer

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) 2160-80 01 www.versicherungskammer-bayern.de service@vkb.de <i>Vorstand:</i> Isabella Martorell Naßl (Vorsitzende), Martin Fleischer und Katharina Jessel <i>Vorsitzender des Aufsichtsrats:</i> Andreas Kolb
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. ▪ Für die Tarife PEP Standard (Gruppe), 820 K, 820 K2, 820 K Plus (Gruppe), ComfortPro S, PEP Premium (Gruppe), PEP Plus (Gruppe), AS und VorsorgePro S gelten die AVB/KK-SV .
Versicherungsart 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 PEP Standard (Gruppe) ▪ Tarif 820 K ▪ Tarif 820 K2 ▪ Tarif 820 K Plus (Gruppe) ▪ Tarif ComfortPro S ▪ Tarif PEP Premium (Gruppe) ▪ Tarif PEP Plus (Gruppe) ▪ Tarif AS ▪ Tarif VorsorgePro S
Versicherte Leistungen und ausgeschlossene Risiken	Im Nachfolgenden stellen wir Ihnen in einer kurzen Übersicht die Leistungen der gewünschten Tarife vor:
Tarif PEP 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.

Sehhilfen

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.

Nicht erstattet werden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Auslandsreise

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 820K

Der Tarif leistet für:

Sehhilfen

Brillen und Kontaktlinsen werden zu 100 % erstattet bis zu einem Betrag von insgesamt 155 Euro in drei Kalenderjahren.

Auslandsreisen

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

Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)
- Füllungen und Inlays
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- zahntechnische Laborarbeiten zu marktüblichen Preisen
- implantologische Leistungen bei Vorliegen der tariflich beschriebenen Voraussetzungen und im tariflich beschriebenen Umfang

Die Kosten werden im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ und GOZ erstattet.

Bis zu einem Betrag von 7.675 Euro werden die Kosten zu 30 % ersetzt, die diesen Betrag übersteigenden Kosten werden zu 15 % ersetzt. Innerhalb von vier Kalenderjahren werden nicht mehr als ein Rechnungsbetrag von insgesamt 15.350 Euro erstattet. Zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe werden höchstens 90 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Bitte legen Sie uns vor Behandlungsbeginn den Heil- und Kostenplan vor. Wenn nicht, können wir Ihnen für die über 2.050 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten nur die Hälfte der tariflichen Leistungen erstatten.

Heilpraktiker

Der Tarif erstattet die Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen der GebüH. Die Kosten werden erstattet zu 20 % bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 1.535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt) für vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Heilbehandlungen einschließlich stationärer Entbindungen sowie bei ambulanten Operationen
- Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer

Werden diese Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld geleistet.

Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, erfolgt keine Leistungserstattung.

Tarif 820K2

Der Tarif leistet für:

Sehhilfen

Brillen und Kontaktlinsen werden zu 100 % erstattet bis zu einem Betrag von insgesamt 155 Euro in drei Kalenderjahren.

Auslandsreisen

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

Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)
- Füllungen und Inlays
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- zahntechnische Laborarbeiten zu marktüblichen Preisen
- implantologische Leistungen bei Vorliegen der tariflich beschriebenen Voraussetzungen und im tariflich beschriebenen Umfang.

Die Kosten werden im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ und GOZ erstattet.

Bis zu einem Betrag von 7.675 Euro werden die Kosten zu 30 % ersetzt, die diesen Betrag übersteigenden Kosten werden zu 15 % ersetzt. Innerhalb von vier Kalenderjahren werden nicht mehr als ein Rechnungsbetrag von insgesamt 15.350 Euro erstattet. Zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe werden höchstens 90 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Bitte legen Sie uns vor Behandlungsbeginn den Heil- und Kostenplan vor. Wenn nicht, können wir Ihnen für die über 2.050 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten nur die Hälfte der tariflichen Leistungen erstatten.

Heilpraktiker

Der Tarif erstattet die Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen der GebÜH.

Die Kosten werden erstattet zu 20 % bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 1.535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden zu 100 % abzüglich der Leistungen der Beihilfe die Kosten für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt) für vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Heilbehandlungen einschließlich stationärer Entbindungen sowie bei ambulanten Operationen
- Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer

Werden diese Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld geleistet.

Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, erfolgt keine Leistungserstattung.

Der Tarif leistet für:

Sehhilfen

Brillen und Kontaktlinsen werden zu 100 % erstattet bis zu einem Betrag von insgesamt 200 Euro in drei Kalenderjahren.

Auslandsreisen

100 % der entstehenden Kosten für unvorhergesehene ambulante und stationäre Behandlungen bei Auslandsreisen bis zu einer Dauer von zwei Monaten, sowie der Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen Krankenrücktransportes

Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate und Prothesen)

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen und Brücken vollkeramisch und metallisch mit Verblendung, Prothesen)
- plastische Füllungen
- Inlays und Onlays
- Implantate ohne gesonderte Indikationen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- zahntechnische Laborarbeiten zu marktüblichen Preisen

Die Kosten werden bis zum 3,5fachen Satz der GOZ erstattet.

Bis zu einem Betrag von 7.500 Euro werden die Kosten zu 40 % ersetzt, die diesen Betrag übersteigenden Kosten werden bis zu weiteren 7.500 Euro zu 20 % ersetzt. Innerhalb von vier Kalenderjahren werden nicht mehr als ein Rechnungsbetrag von insgesamt 15.000 Euro erstattet.

Bitte legen Sie uns vor Behandlungsbeginn den Heil- und Kostenplan vor.

Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie

Der Tarif erstattet die Kosten für

- Behandlungen durch einen Heilpraktiker im Rahmen der GebÜH,
- Naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen durch einen Arzt für Naturheilkunde zu den Höchstsätzen der GOÄ,
- Arznei- und Verbandmittel hierzu
- Osteopathie im Rahmen der GOÄ

Die Kosten werden erstattet zu 50 % bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 1.500 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Tarif 820 K Plus
(Gruppe)

Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt) bei vollstationärer, teilstationärer, vor- und nachstationärer Heilbehandlung einschließlich stationärer Entbindungen sowie bei ambulanten Operationen
- gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer
- Mehrkosten infolge freier Krankenhauswahl

Werden diese Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld geleistet. Bei überwiegend psychotherapeutischer oder -somatischer Behandlung werden max. 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Tarif ComfortPro S Der Tarif leistet für:

Sehhilfen

100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen (auch Reparaturen) bis 250 Euro in drei Kalenderjahren.

Auslandsreise

100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Auslandsreisen bis zu einer Dauer von zwei Monaten.

Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate und Prothesen)

40 % aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.000 Euro innerhalb vier Kalenderjahren

- Zahnkronen und Brücken vollkeramisch und metallisch mit Verblendung
- zusätzliche Pauschale je Inlay und Onlay von 100 Euro
- Kosten des Heil- und Kostenplanes

Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie

50 % der Kosten bis 1.500 Euro pro Kalenderjahr für

- Heilpraktiker (gemäß GebÜH),
- Arzt für Naturheilkunde (naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen)
- Arznei- und Verbandmittel hierzu
- Osteopathie

Stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls

100 % der Kosten für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei vollstationärer, teilstationärer, sowie vor- und nachstationärer Heilbehandlung (§ 115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen für ambulante Operationen (§ 115b SGB V)
- gesondert berechnete Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer,
- Mehrkosten infolge freier Krankenhauswahl
- Bei überwiegend psychotherapeutischer oder -somatischer Behandlung auf Grund eines Unfalls maximal 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren
- Ersatzkrankenhaustagegeld 16 oder 32 Euro

Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen aufgrund eines Unfalls

Bei Übernahme der Behandlungskosten durch GKV oder DRV:

Tagegeld in Höhe von 20 Euro (höchstens für 56 Behandlungstage innerhalb von vier Kalenderjahren)

Tarif PEP 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 PEP Plus (Gruppe) Der Tarif leistet für:

Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

50 % der Kosten für medizinisch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen sowie die ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimitteln 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

<i>Tarif AS</i>	<p>Der Tarif leistet für:</p> <p>Sehhilfen 100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen (auch Reparaturen) bis 150 Euro in drei Kalenderjahren.</p> <p>Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate und Prothesen) 20 % aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.000 Euro innerhalb vier Kalenderjahren (hiervon abweichend im 1. Kalenderjahr aus maximal 1.000 Euro, im 1. und 2. Kalenderjahr aus maximal 3.000 Euro, im 1., 2. und 3. Kalenderjahr aus maximal 6.000 Euro) Zahnkronen und Brücken vollkeramisch und metallisch mit Verblendung.</p> <p>Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie 30 % der Kosten aus bis zu 1.500 Euro pro Kalenderjahr für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heilpraktiker (gem. GebüH) ▪ Arzt für Naturheilkunde (naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen) ▪ Arznei- und Verbandmittel hierzu ▪ Osteopathie
<i>Tarif VorsorgePro S</i>	<p>Der Tarif leistet für:</p> <p>Vorsorgeuntersuchungen zu 100 % Ersetzt werden ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu insgesamt 500 Euro pro Kalenderjahr.</p> <p>Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe aus privatem Anlass zu 100 % Ersetzt werden Impfungen für das Inland, alle Reiseschutzimpfungen sowie Malariaprophylaxe bis zu insgesamt 300 Euro in 2 Kalenderjahren.</p> <p>Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu 100 % Ersetzt werden zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen (wie z.B. professionelle Zahnreinigung) bis zu 100 Euro in 2 Kalenderjahren.</p> <p>Refraktive Chirurgen zu 100 % Ersetzt werden bis zu 1.500 Euro in der Vertragslaufzeit im ersten Jahr höchstens 200 Euro, in den ersten beiden Jahren zusammen höchstens 500 Euro.</p> <p>Hörhilfen zu 80 % Ersetzt werden 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro nach einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, d. h. erstattet werden maximal 800 Euro in 5 Kalenderjahren für ärztlich verordnete Hörhilfen und Reparaturen.</p>
Fälligkeit und Leistungserfüllung	<p>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.</p> <p>Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.</p> <p>Unsere Geldleistungen sind fällig, wenn wir die notwendigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und zum Umfang unserer Leistungspflicht durchgeführt 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.</p>
Beitrag	<p>Die Beiträge können den jeweils gültigen Tarifdruckstücken entnommen werden.</p> <p>Falls für den von Ihnen gewünschten Tarif eine Risikoprüfung durchgeführt wird, ist es je nach gewähltem 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.</p>
<i>Zusätzliche Kosten</i>	<p>Beiträge für Versicherungen sind umsatzsteuerfrei. Zusätzliche Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Rückläufe aus SEPA-Lastschriftverfahren, Übersetzungsgebühren). In solchen Fällen können wir eine Gebühr gesondert in Rechnung stellen.</p> <p>Wir unterhalten keine Telekommunikationsanschlüsse, für die Sie über die üblichen Grundtarife hin- angehende Nutzungsgebühren zahlen müssten.</p>

Zahlung und Erfüllung des Beitrags	<p>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. Bei monatlicher Ratenzahlung ist der Beitrag zu Beginn eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages (d. h. nach Zugang des Versicherungsscheines/Versicherungsnachweises) zu zahlen.</p> <p>Nähere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie unter § 8a in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu den von Ihnen gewählten Produkten.</p> <p>Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages als auch die 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.</p> <p>Die Beitragszahlung findet im SEPA-Lastschriftverfahren statt. Ihre hierzu gemachten Angaben werden in der Beitragsaufstellung zum Versicherungsschein/Versicherungsnachweis wiedergegeben.</p>
Gültigkeitsdauer dieser Information	<p>Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes-, Tarif- oder Beitragsänderungen nicht befristet.</p>

3. Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages	<p>Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der per Brief gestellte Antrag, unsere Willenserklärung ist die entsprechende Annahmeerklärung bzw. der Ihnen übermittelte Versicherungsschein/Versicherungsnachweis.</p> <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.</p> <p>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>
Widerrufsrecht und -folgen	<p>Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen der Versicherungsschein/Versicherungsnachweis, die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen, die Widerrufsbelehrung, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten sowie die Informationen nach § 1 VVG-InfoV jeweils in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an das Versicherungsunternehmen (Anschrift siehe oben unter dem Punkt „Ladungsfähige Anschrift“).</p> <p>Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs fällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Beitrag in Höhe von 1/30 des vereinbarten Monatsbeitrages bzw., wenn Jahresbeiträge vereinbart sind, um 1/360 des vereinbarten Jahresbeitrages, multipliziert mit der Anzahl der Kalendertage, gerechnet vom Versicherungsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs beim Versicherer. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beiträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.</p>
Laufzeiten	<p>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.</p>
Kündigungsbedingungen	<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 bis zu zwei Jahre.</p>
Anwendbares Recht	<p>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.</p>
Sprache	<p>Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.</p>

4. Informationen zum Rechtsweg

Beschwerdestelle und Aufsichtsbehörde für die Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Beschwerdestelle Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Betreuer oder direkt an uns.

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse nimmt am Streitbelegungsverfahren des Ombudsmann für Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de, teil. Nachdem Sie Ihre Beschwerde erfolglos bei uns geltend gemacht haben, können Sie sich schriftlich an den Ombudsmann wenden.

Das Verfahren ist für Sie kostenlos und unverbindlich.

Haben Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Weg, beispielsweise über eine Webseite oder via E-Mail, geschlossen, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbelegungsplattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr> nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort zunächst an uns und dann an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet. Geben Sie bitte im Beschwerdeformular folgende E-Mail-Adresse an: odr-Kommunikation@vkb.de .

Diese E-Mail-Adresse dient ausschließlich der Kommunikation zwischen der Europäischen Kommission und uns. Wenn Sie direkt mit uns in Kontakt treten wollen, nutzen Sie bitte die allgemeine Kontaktadresse der Bayerischen Beamtenkrankenkasse.

Aufsichtsbehörde Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Beschwerden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de
zu richten.

Ihr Recht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleibt unberührt.

A.2 Ergänzende Verbraucherinformation zur Krankenversicherung

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Deutschland

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

PEP Standard
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PEP Standard (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif PEP Standard (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Heilpraktiker



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebÜH).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

820 K
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif 820 K (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif 820 K (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Heilpraktiker
- ✓ Stationäre Heilbehandlung (Privatärztliche Behandlung (z.B. durch Chefarzt), ambulante Operationen, Unterkunft im Zweibettzimmer)



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt- und Zahnarztkosten erfolgt bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).
- ! Die Erstattung von Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Mindestsatz der Gebührenordnung (GebüH).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

820 K2
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif 820 K2 (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif 820 K2 (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Heilpraktiker
- ✓ Stationäre Heilbehandlung (Privatärztliche Behandlung (z.B. durch Chefarzt), ambulante Operationen, Unterkunft im Zweibettzimmer)



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbeschränkungen.
- ! Die Erstattung von Arzt- und Zahnarztkosten erfolgt bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).
- ! Die Erstattung von Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Mindestsatz der Gebührenordnung (GebüH).
- ! Bei der Erstattung einer stationären Heilbehandlung werden die Leistungen der Beihilfe in Abzug gebracht.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

820 K Plus
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif 820 K Plus (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif 820 K Plus (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie
- ✓ Stationäre Heilbehandlung (Privatärztliche Behandlung (z.B. durch Chefarzt), ambulante Operationen, Unterkunft im Zweibettzimmer)



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebÜH).
- ! Bei überwiegend psychotherapeutischer oder psychosomatischer stationärer Behandlung werden maximal 56 Behandlungstage in drei Kalenderjahren erstattet.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

ComfortPro S
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ComfortPro S (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif ComfortPro S (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
- ✓ Auslandsreisen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Zusätzliche Pauschale je Inlay und Onlay von 100 Euro
- ✓ Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie
- ✓ Stationäre Heilbehandlung (Privatärztliche Behandlung (z.B. durch Chefarzt), ambulante Operationen, Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer) auf Grund eines Unfalls
- ✓ Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung auf Grund eines Unfalls



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebüH).
- ! Bei überwiegend psychotherapeutischer oder psychosomatischer stationärer Behandlung auf Grund eines Unfalls werden maximal 56 Behandlungstage in drei Kalenderjahren erstattet.

- ! Besteht für stationäre Leistungen Anspruch auf Erstattung durch eine weitere stationäre Zusatzversicherung, werden diese Leistungen vom Erstattungsbetrag in Abzug gebracht. Erfolgte bereits eine Kostenerstattung durch eine weitere stationäre Zusatzversicherung, sind die Kosten aus dem Tarif ComfortPro S nicht erstattungsfähig.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsreisen von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz für unvorhergesehene Krankheitsfälle im Rahmen der im Tarif enthaltenen Auslandsreisekrankenversicherung weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschriftzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

PEP Premium (Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PEP Premium (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif PEP Premium (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Stationäre Behandlung
 - Unterbringung im Einbettzimmer
 - Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf Unterbringung im Einbettzimmer



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrifteinzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

PEP Plus
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PEP Plus (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif PEP Plus (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Zuzahlungen und Eigenanteile bei
 - Arznei- und Verbandmitteln,
 - Heilmitteln (physikalische Therapie)
- ✓ Vorsorgeuntersuchungen
- ✓ Schutzimpfungen
- ✓ Krankenhaustagegeld



Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- ✗ Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt- und Zahnarztkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten keine Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

AS
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif AS (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif AS (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankensiicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse. Sie kann nur gemeinsam mit einem weiteren zugelassenen Tarif abgeschlossen und geführt werden.



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen
- ✓ Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, Implantate und Prothesen)
- ✓ Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebÜH).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten Wartezeiten. Diese entfallen bei Unfall und können außerdem unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden.
- Außerdem kann der Gruppenversicherungsvertrag vorsehen, dass die Wartezeiten erlassen werden.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit gemäß dem Gruppenversicherungsvertrag gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Ein Stück Sicherheit.

Deutschland

VorsorgePro S
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif VorsorgePro S (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif VorsorgePro S (Gruppenversicherung) sowie dem Teilnahmeantrag zur Gruppenversicherung mit Hinweisen zum Gruppenversicherungsvertrag und dem Versicherungsnachweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.



Was ist versichert?

- ✓ Vorsorgeuntersuchungen
- ✓ Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe
- ✓ Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
- ✓ Refraktive Chirurgen
- ✓ Hörhilfen



Was ist nicht versichert?

- ✗ Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen und Eigenanteile
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie u. a. in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK-SV), insbesondere in § 5 AVB/KK-SV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.
- ! Die Erstattung von Arzt- und Zahnarzkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wird vor Vertragsschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats zu bezahlen. Er ist monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsnachweises zahlen.
- Die Beiträge werden per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Zeitpunkt.
- Es gelten keine Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz besteht, solange die Versicherbarkeit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ist das einzelne Versicherungsverhältnis weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
 - o bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
 - o wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
 - o bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis nicht nur für sich, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen.

B. Bedingungspaket

B.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

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

Stand: 01.06.2022, SAP-Nr.: 331960, 06.2022

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

(1) 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.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

- bei Unfällen
- für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft 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 Behandelnden 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, Badeszusätze, 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 Heilmittel 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 dia-

gnostische 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.

(9) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Hauptversicherte in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Hauptversicherten oder der mitversicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Hauptversicherten oder die mitversicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Hauptversicherte das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 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, eingetragene Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, 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 fremder 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.

Der Versicherer darf eine Forderung, die er aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer hat, nicht gegen die Versicherungsleistung gegenüber dem Hauptversicherten aufrechnen, wenn der Hauptversicherte nachweisen kann seiner Zahlungspflicht nachgekommen zu sein. § 35 VVG findet insoweit keine Anwendung.

(9) Ansprüche aus Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 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 Beitragsberechnung, 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 Bekanntwerden 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.

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(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 aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistung gemäß § 16, so kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung abmelden. Bei einer Beitragserhöhung kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(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, zu dem diese wirksam wird.

§ 13a Fortführung als Einzelversicherung

(1) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach § 13 Absätze 1 bis 3 kann der Hauptversicherte bzw. können die mitversicherten Personen, sofern das Versicherungsverhältnis mindestens drei Monate ununterbrochen bestand, die Umwandlung der bisherigen Gruppenversicherung in eine Einzelversicherung nach einem entsprechenden für das Neugeschäft offenen Tarif des Versicherers und den dafür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen verlangen. Bei Tod des Hauptversicherten oder Kündigung des Versicherungsvertrages / -verhältnisses gilt Satz 1 unabhängig von der bisher zurückgelegten Versicherungsdauer.

(2) Soweit sich keine Mehrleistungen ergeben, werden Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Laufzeit der Gruppenversicherung aufgetreten sind, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten in den Versicherungsschutz übernommen. Bestehende besondere Vereinbarungen bleiben dabei in Kraft.

(2a) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Kündigung, Abmeldung oder einvernehmliche Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages informiert der Versicherer den Hauptversicherten in Textform über den Zeitpunkt, zu dem das Versicherungsverhältnis endet, und über die Möglichkeit der Fortsetzung als Einzelversicherung, sofern eine solche vom Versicherer angeboten wird.

(3) Der Antrag auf Umwandlung muss innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag dem Versicherer in Textform zugehen. Bei Kündigung des Versicherungsvertrages / -verhältnisses endet das Umwandlungsrecht zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

(4) Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung wird die Zeit, während der der jeweilige Versicherte im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Fristen und Wartezeiten in der Einzelversicherung angerechnet.

Sonstige Bestimmungen

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(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 höchststrichterliche 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.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

B.2 Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag

Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die kirchliche Höherversicherung und die kirchliche Ergänzungsversicherung

Stand: 1. März 2024

Versicherbarer Personenkreis	Versicherbar sind Personen (Mitarbeiter/Mitglieder und deren Angehörige), die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Hauptversicherter ist der kirchliche Mitarbeiter. In die Tarife können auch Angehörige (Ehegatten, Kinder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres) aufgenommen werden.
Anmeldung, Gesundheitsprüfung	Die Aufnahme in die Versicherung ist, sofern vertraglich vorgesehen, 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 des Gruppenversicherungsvertrages und nicht vor Zugang der Teilnahmeerklärung beim Versicherer. Die allgemeine Wartezeit entfällt. Die besonderen Wartezeiten betragen in den jeweiligen Tarifen der kirchlichen Ergänzungsversicherung (PEP Standard, PEP Plus, PEP Premium, ComfortPro S, AS) für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. In den Tarifen der kirchlichen Höherversicherung (820 K und 820 K Plus) entfallen auch die besonderen Wartezeiten. Für den Tarif VorsorgePro S bestehen keine Wartezeiten.
Rechte aus dem Versicherungsverhältnis	Der Hauptversicherte hat für sich und seine Mitversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen gegen den Versicherer. Der Versicherer kann Forderungen des Hauptversicherten nicht mit Forderungen verrechnen, die ihm gegenüber dem Versicherungsnehmer zustehen. § 35 VVG findet keine Anwendung. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person können auch berücksichtigt werden, sofern nach den Versicherungsbedingungen oder den gesetzlichen Vorschriften die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von Bedeutung sind.
Beendigung des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis der einzelnen Personen endet: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Tarif AS	Der Tarif AS kann nur gemeinsam mit den Tarifen 820 K Plus oder ComfortPro S geführt werden. Endet die Versicherung in diesen Tarifen, endet gleichzeitig die Versicherung im Tarif AS.
Ausscheiden und Weiterversicherung	Aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausscheidende Versicherte können die Versicherung zu den Bedingungen der entsprechenden Einzelversicherung fortsetzen. Voraussetzung ist, dass, außer bei Kündigung des Versicherungsvertrages-/verhältnisses, die Versicherung nach dem Gruppenversicherungsvertrag mindestens drei Monate bestanden hat und der Antrag auf Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag dem Versicherer in Textform zugeht.

B.3 Tarifbedingungen

B.3.1 Tarifbedingungen (bisex)

Die Tarifbedingungen dieses Abschnitts sind für Verträge mit Vertragsbeginn bis 20. Dezember 2012 (ausgenommen nach diesem Datum hinzukommende Angehörige) gültig.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 1. März 2011 entschieden, dass unterschiedliche Versicherungsbeiträge für Männer und Frauen unzulässig sind. Ab dem 21. Dezember 2012 dürfen daher nur noch Versicherungen mit geschlechtsneutralen Beiträgen, sogenannte „Unisex-Tarife“, angeboten werden.

Die Unisex-Tarife gelten nur für neue Versicherungen ab dem 21. Dezember 2012. In bereits bestehenden Versicherungen gibt es keine Änderungen. Der Gesetzgeber hat entschieden, dass in laufende Verträge nicht eingegriffen werden darf.

Das bedeutet:

Die Bedingungen dieses Abschnitts gelten

- wenn Sie bis zum 20. Dezember 2012 eine Versicherung mit einem Frauen- bzw. Männerbeitrag abgeschlossen haben
- für eine mitversicherte Person (z. B. Ehegatte), wenn für diese die Versicherung bis zum 20. Dezember 2012 abgeschlossen wurde.

Tarif PEP Standard (Gruppenversicherung) Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 320976, 08.2022

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

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 dem Versicherer, wird dieser jedoch im Rahmen seiner 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,
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind
 - Freizahnücke, 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.

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis.

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 und der Beihilfe 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 Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden 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

10. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Höchstsätzen 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 Tarifbedingungen

14. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der

Beihilfe 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.

16. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

PEP Standard (Gruppenversicherung)		
Alter	Männer Euro	Frauen Euro
0 -19 Jahre	3,49	3,49
20 -29 Jahre	7,28	9,32
30 -39 Jahre	8,85	11,67
40 -49 Jahre	10,12	13,75
50 -59 Jahre	13,23	15,61
60 -64 Jahre	14,45	17,93
ab 65 Jahren	14,45	17,93

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

18. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter (siehe Tabelle) der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.

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 (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Onlay aus Metall	101,00
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	15,90	Kronen und Brückentechnik	
Dowel-Pin setzen	3,20	Angelieferte Modellation gießen	22,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	16,20	Anker für Klebebrücke	92,60
Frässockel	12,00	Auflage an Brückenglied	13,70
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,90	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Kunststoffstümpfe	15,00	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	67,70
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	7,50	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	7,50	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	94,60
Modell aus Kunststoff	23,40	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,80
Modell aus Superhartgips	9,50	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,80
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	12,00	Papille aus Keramik	39,30
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,00	Papille aus Komposit	22,70
Modellergänzung aus Kunststoff	15,90	Papille aus Kunststoff	17,00
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	15,20	Sattelpontic aus Keramik	39,30
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Sattelpontic aus Komposit	22,70
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,80	Sattelpontic aus Kunststoff	17,00
Modellpaar sockeln	24,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Modellpaar trimmen	9,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,80
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Stiftaufbau, direkt	39,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,80	Stiftaufbau, indirekt	62,20
Okklusionsmodell	7,50	Teilverblendung aus Keramik	110,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	12,00	Teilverblendung aus Komposit	83,70
Remontagemodell	24,50	Teilverblendung aus Kunststoff	53,60
Set-up, je Zahn	9,90	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00
Spezialmodell	18,00	Vollverblendung aus Keramik	115,00
Split-Cast-Sockel an Modell	9,50	Vollverblendung aus Komposit	88,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,40	Vollverblendung aus Kunststoff	60,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	25,70	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	88,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	7,40	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	88,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	25,70	Wurzelpontic aus Keramik	39,30
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelpontic aus Komposit	22,70
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkronen	37,80	Wurzelpontic aus Kunststoff	17,00
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	33,00	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Spezialbissplatte	25,70	Zahnfleisch aus Keramik	39,30
Tiefzieheteil, Formteil für provisorische Versorgung	20,50	Zahnfleisch aus Komposit	22,70
Vorwall	13,00	Zahnfleisch aus Kunststoff	17,00
Inlays und Onlays		Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Dreiviertelkrone, Teilkronen aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Dreiviertelkrone, Teilkronen aus Metall	101,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	130,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Individuelles Geschiebe, komplett	246,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	140,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	122,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	81,20
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Lager für Ankerbandklammer	58,60
		Lager für Raste	15,00
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,60
		Lager für Schubverteilungsarm	58,60
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	246,20
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	140,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	170,00	Voßklammer, gebogen	19,70
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	120,00	Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,50
Schubverteilungsarm	59,00	Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	18,90
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	294,70	Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	33,90
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	196,70	Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	25,10
Verschraubung/Verbolzung	46,00	Metallverbindungen	
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	81,20	Konditionierung je Zahn/Flügel	15,60
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz		Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	20,50
Adams-Klammer, gebogen	19,70	Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
Approximalklammer, gebogen	11,20	Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
Auflage, gebogen	11,20	Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	20,50
Auflage, gegossen/Edelmetall	13,70	Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00	Lötung auf Modell, Grundeinheit	20,50
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00	Zuschlag bei Lötung nach	32,80
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00	Keramikverblendung/Metallverbindung nach keramischen Brand	
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00	Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Basisteil, gegossen/Edelmetall	78,20	Aktiver Sporn	11,80
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00	Ankerband/ Ankerkappe	28,50
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	61,80	Aufbiss	13,80
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,20	Auflage-KFO	12,80
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00	Außenbogen	29,70
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	33,90	Basis für Einzelkiefergerät	69,90
Doppelbogenklammer, gebogen	18,90	Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	147,70
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Coffin-Feder	28,50
Dreiecksklammer, gebogen	12,80	Doppelplatten-Führungssporn	34,50
Einarmlige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	13,70	Dorn	11,80
Einarmlige Klammer, gebogen	11,20	Druckfeder, Zugfeder	14,80
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,00	Facebow anpassen	11,00
Gegenlager, gebogen	11,20	Feder, gekreuzt	11,80
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	25,10	Feder, geschlossen/kompliziert	14,80
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00	Feder, offen	11,80
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	33,70	Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop	11,80
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	56,60	Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	69,90
Haltesporn, gebogen	11,20	Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	12,80
Herstellen eines Zahnes/Kauffläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00	Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	19,70
Interdental-Knopfklammer	11,20	Innenbogen	29,70
Kralle, gebogen	12,20	KFO Platte voreinschleifen	9,00
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,70	Kinnkappe mit Retentionshaken	54,10
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,70	Kunststoffschild/Abschirmelement	21,70
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	159,90	Labialbogen	25,60
Metallkauffläche/Metallzahn/Edelmetall	44,70	Labialbogen, intermaxillär	41,30
Ösenklammer, gebogen	11,20	Labialbogen, modifiziert	34,50
Pfeilanker, gebogen	11,20	Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,90
Pfeilkammer, gebogen	19,70	Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
Retention gebogen	45,00	Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	20,70
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00	Lötung, je Einheit, KFO	20,70
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	33,90	Palatinalbogen	29,70
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Pelotte	21,70
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	44,70	Pelottenklammer	12,80
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	33,90	Positioner	147,70
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00	Protrusionsbogen	16,00
Tropfenklammer, gebogen	11,20	Remontieren von KFO-Gerät	49,20
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00	Retentionsschiene	90,60
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,20	Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	51,20
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	18,90	Schraube einarbeiten	19,70
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	33,90	Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
Umgebungsbügel bei Diastema	13,70	Spezialschraube	24,00
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,70	Spike/Stop	12,80
		Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
		Trennen einer Basis, auch erschwert	7,90
		U-Bügel	34,50
		Verankerungselement/Verankerungsklammer	28,50
		Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	14,80
		Vorbiss oder Rückbiss	13,80
		Vorhofplatte	59,10
		Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
		Zungengitter	21,70

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene	152,60
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Basis, tiefgezogen	25,70
Erweitern einer Aufbissschiene, Grundeinheit	19,70
Instandsetzen einer Aufbissschiene, Grundeinheit	19,70
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	152,60
Medikamententrägerschiene	90,60
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	63,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	63,00
Schiene, tiefgezogen	90,60
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	29,70
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	90,60
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00
Basis erneuern, auch KFO	78,40
Basis unterfüttern, auch KFO	64,10
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	21,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	21,80
Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	40,30
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	9,40
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	9,40
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	40,30
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	9,40
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	9,40
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	9,40
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Sekundärteil	9,40
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Verlängerung	9,40
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	9,40
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	9,40
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	43,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	94,60
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,50
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00
Verlängerungshülse für Implantat	16,00
Verschraubung Implantat	48,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	3,00
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	17,10
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	15,20
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	22,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	30,00
Registrat	25,70
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	18,00
Sonstiges	
Nichtedelmetall-Zuschlag	15,30
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,40

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Tarif 820 K Kirchliche Höherversicherung

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 302173, 06.2022

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

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

Erstattungsfähig sind

1. 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.

2. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %.

Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind

bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall
3. 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.

4. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für

- medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten 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 bis zu 10.230 Euro Versicherungsleistung
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

5. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %.

Zahnersatz

Erstattungsfähig sind 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 zu marktüblichen Preisen,
- 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.

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 %
bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 7.675 Euro,
15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe nicht mehr als insgesamt

90 %

des Rechnungsbetrages.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

9. 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 2.050 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

10. Für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden
100 %
ersetzt.

11. Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

12. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH).

13. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

14. Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1.535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit
20 %
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 §115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
- für ambulante Operationen (im Sinne von §115b 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 das Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für 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 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag erstattungsfähig.

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**. Werden Leistungen nach Nummer 16 **und** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von **32 Euro**.

20. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.

Sonstige Tarifbedingungen

21. Der Versicherer leistet im festgelegten Umfang für medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und Entbindung.

22. Die Leistungen umfassen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Der Versicherer 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.

23. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

24. Die Leistungen aus diesen Tarifen dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

25. Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind in Urschrift beizufügen.

26. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

27. Monatliche Beiträge je Person

820 K		
Alter	Männer Euro	Frauen Euro
Erwachsene		
18 bis 64 Jahre	24,98	25,74
ab 65 Jahre	70,98	58,80
Kinder (im Sinne des Bundeskindergeldgesetzes)		
0 bis 18 Jahre	4,44	4,44
19 bis 27 Jahre	9,66	9,66

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Wichtiger Hinweis:

Ambulante ärztliche Heilbehandlung – auch durch Ärzte für Naturheilverfahren oder Homöopathie – ist nicht Bestandteil der Tarife 820 K.

Kosten hierfür sind deshalb nicht erstattungsfähig.

Ausnahme: Auslandsreisen im Sinne der Nummern 3 bis 5.

Die Kosten für stationäre Heilbehandlungen, die in einer Einrichtung stattfinden, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung durchführt (so genannte gemischte Anstalt), sind nur erstattungsfähig, wenn vorher eine schriftliche Zusage erteilt wurde.

Ausnahme: Akutfälle

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
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch

Tarif 820 K 2 Kirchliche Höherversicherung

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr. 302173, 06.2022

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

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

Erstattungsfähig sind

1. 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.

2. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %.

Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind

bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall

3. 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.

4. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für

- medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten 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 bis zu 10.230 Euro Versicherungsleistung
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

5. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %.

Zahnersatz

Erstattungsfähig sind 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 zu marktüblichen Preisen
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - Freiendlücke, 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 Einzelzahnlücken 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.

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 %

bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 7.675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe nicht mehr als insgesamt

90 %

des Rechnungsbetrages.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

9. 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 2.050 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

10. Für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden

100 %

ersetzt.

11. Kosten sind bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstätze für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

12. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen der Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

13. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

14. Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

20 %

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 §115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
- für ambulante Operationen (im Sinne von §115b 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 das Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für 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 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag erstattungsfähig.

18. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %
abzüglich der Leistungen der Beihilfe.

19. Werden Leistungen entweder nach Nummer 16 **oder** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von **16 Euro**.

Werden Leistungen nach Nummer 16 **und** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von **32 Euro**.

20. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.

Sonstige Tarifbedingungen

21. Der Versicherer leistet im festgelegten Umfang für medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und Entbindung.

22. Die Leistungen umfassen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Der Versicherer 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.

23. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

24. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

25. Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind in Urschrift beizufügen.

26. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

27. Monatliche Beiträge je Person

820 K 2

Alter	Männer Euro	Frauen Euro
Erwachsene		
15 bis 64 Jahre	16,57	19,94
ab 65 Jahre	39,32	36,40

Kinder (im Sinne des Bundeskinder- geldgesetzes)

0 bis 18 Jahre	2,61	2,61
19 bis 27 Jahre	7,77	7,77

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Wichtiger Hinweis:

Ambulante ärztliche Heilbehandlung – auch durch Ärzte für Naturheilverfahren oder Homöopathie – ist nicht Bestandteil der Tarife 820 K.

Kosten hierfür sind deshalb nicht erstattungsfähig.

Ausnahme: Auslandsreisen im Sinne der Nummern 3 bis 5.

Die Kosten für stationäre Heilbehandlungen, die in einer Einrichtung stattfinden, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung durchführt (so genannte gemischte Anstalt), sind nur erstattungsfähig, wenn vorher eine schriftliche Zusage erteilt wurde.

Ausnahme: Akutfälle

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GebÜH	Gebührenordnung für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch

Tarif PEP Premium (Gruppenversicherung) Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 321582, 12.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

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 Krankenhausstagegeld in Höhe von 21 Euro gezahlt.

Sonstige Tarifbedingungen

2. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

3. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

PEP Premium (Gruppenversicherung)		
Alter	Männer Euro	Frauen Euro
0 - 19 Jahre	0,75	0,75
20 – 29 Jahre	3,23	4,40
30 – 39 Jahre	3,23	4,68
40 – 49 Jahre	4,52	5,47
50 – 59 Jahre	7,39	7,53
60 – 64 Jahre	9,91	9,24
65 – 69 Jahre	13,14	12,10
70 – 74 Jahre	16,04	15,45
75 – 79 Jahre	20,28	20,11
über 79 Jahre	30,49	32,33

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

4. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter (siehe Tabelle) der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Tarif PEP Plus (Gruppenversicherung) Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr : 320962,12.2021

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 und 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 Krankenversicherung, Renten- oder Unfallversicherung, Beihilfe 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

PEP Plus (Gruppenversicherung)		
Alter	Männer	Frauen
	Euro	Euro
0 – 19 Jahre	0,66	0,66
20 – 29 Jahre	5,66	6,32
30 – 39 Jahre	6,01	6,94
40 – 49 Jahre	7,15	7,24
50 – 59 Jahre	7,45	7,79
60 – 64 Jahre	8,32	8,29
ab 65 Jahren	9,88	9,78

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

10. Der Berechnung der Beiträge wird die Lebensaltersgruppe zugrunde gelegt, die die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Abkürzungsverzeichnis

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

B.3 Tarifbedingungen

B.3.2 Tarifbedingungen (unisex)

Die Tarifbedingungen dieses Abschnitts sind für Verträge mit Vertragsbeginn ab 21. Dezember 2012 (und nach diesem Datum hinzukommende Angehörige) gültig.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 1. März 2011 entschieden, dass unterschiedliche Versicherungsbeiträge für Männer und Frauen unzulässig sind. Ab dem 21. Dezember 2012 dürfen daher nur noch Versicherungen mit geschlechtsneutralen Beiträgen, sogenannte „Unisex-Tarife“, angeboten werden.

Die Unisex-Tarife gelten nur für neue Versicherungen ab dem 21. Dezember 2012. In bereits bestehenden Versicherungen gibt es keine Änderungen. Der Gesetzgeber hat entschieden, dass in laufende Verträge nicht eingegriffen werden darf.

Das bedeutet:

Die Bedingungen dieses Abschnitts gelten

- wenn Sie ab dem 21. Dezember 2012 eine Versicherung abgeschlossen haben
- für eine mitversicherte Person (z. B. Ehegatte), wenn für diese die Versicherung ab dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurde, selbst dann, wenn Sie einen Bisex-Tarif führen.

Tarif PEP Standard (Gruppenversicherung) Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 331753, 08.2022

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung

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 Bayerische 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
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind
 - Frendlücke, 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.

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis.

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 7675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe 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 Tarifbedingungen

14. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe 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.

16. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

PEP Standard (Gruppenversicherung)		
Alter	Erwachsene Euro	Kinder/Jugendliche Euro
0 -19 Jahre		3,49
20 -29 Jahre	9,18	
30 -39 Jahre	11,49	
40 -49 Jahre	13,47	
50 -59 Jahre	15,46	
60 -64 Jahre	17,72	
ab 65 Jahren	17,40	

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

18. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter (siehe Tabelle) der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.

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 (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	15,90	Onlay aus Metall	170,00
Dowel-Pin setzen	3,20		101,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	16,20	Kronen und Brückentechnik	
Frässockel	12,00	Angelieferte Modellation gießen	22,00
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,90	Anker für Klebebrücke	92,60
Kunststoffstümpfe	15,00	Auflage an Brückenglied	13,70
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	7,50	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	7,50	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	67,70
Modell aus Kunststoff	23,40	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Modell aus Superhartgips	9,50	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	94,60
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	12,00	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,80
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,00	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,90	Papille aus Keramik	39,30
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	15,20	Papille aus Komposit	22,70
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Papille aus Kunststoff	17,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,80	Sattelpontic aus Keramik	39,30
Modellpaar sockeln	24,00	Sattelpontic aus Komposit	22,70
Modellpaar trimmen	9,00	Sattelpontic aus Kunststoff	17,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,80	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,80
Okklusionsmodell	7,50	Stiftaufbau, direkt	39,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	12,00	Stiftaufbau, indirekt	62,20
Remontagemodell	24,50	Teilverblendung aus Keramik	110,00
Set-up, je Zahn	9,90	Teilverblendung aus Komposit	83,70
Spezialmodell	18,00	Teilverblendung aus Kunststoff	53,60
Split-Cast-Sockel an Modell	9,50	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,40	Vollverblendung aus Keramik	115,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Vollverblendung aus Komposit	88,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	25,70	Vollverblendung aus Kunststoff	60,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	7,40	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	25,70	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	88,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	88,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	37,80	Wurzelpontic aus Keramik	39,30
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	33,00	Wurzelpontic aus Komposit	22,70
Spezialbissplatte	25,70	Wurzelpontic aus Kunststoff	17,00
Tiefziehteil, Formteil für provisorische Versorgung	20,50	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Vorwall	13,00	Zahnfleisch aus Keramik	39,30
Inlays und Onlays		Zahnfleisch aus Komposit	22,70
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Zahnfleisch aus Kunststoff	17,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	130,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelles Geschiebe, komplett	246,20
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	140,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	122,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	81,20
		Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
		Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
		Lager für Ankerbandklammer	58,60
		Lager für Raste	15,00
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,60
		Lager für Schubverteilungsarm	58,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Lösungsknopf	17,00
Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	246,20
Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	140,00
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	170,00
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	120,00
Schubverteilungsarm	59,00
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	294,70
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	196,70
Verschraubung/Verbolzung	46,00
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	81,20
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	19,70
Approximalklammer, gebogen	11,20
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	25,10
Auflage, gebogen	11,20
Auflage, gegossen/Edelmetall	13,70
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00
Basisteil, gegossen/Edelmetall	78,20
Befestigung eines Zahnes mit zahncfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	61,80
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,20
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	33,90
Doppelbogenklammer, gebogen	18,90
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	25,10
Dreiecksklammer, gebogen	12,80
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	13,70
Einarmige Klammer, gebogen	11,20
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,00
Gegenlager, gebogen	11,20
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	25,10
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	33,70
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	56,60
Haltesporn, gebogen	11,20
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahncfarbenem Kunststoff	36,00
Interdental-Knopfklammer	11,20
Kralle, gebogen	12,20
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,70
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,70
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	159,90
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	44,70
Ösenklammer, gebogen	11,20
Pfeilanker, gebogen	11,20
Pfeilklammer, gebogen	19,70
Retention gebogen	45,00
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	33,90
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	25,10
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	44,70
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	33,90
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00
Tropfenklammer, gebogen	11,20
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,20
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	18,90
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	33,90

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Umgebungsbügel bei Diastema	13,70
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,70
Voßklammer, gebogen	19,70
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,50
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	18,90
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	33,90
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	25,10
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	15,60
Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	20,50
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	20,50
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
Lötung auf Modell, Grundeinheit	20,50
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/Metallverbindung nach keramischen Brand	32,80
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn	11,80
Ankerband/ Ankerkappe	28,50
Aufbiss	13,80
Auflage-KFO	12,80
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	69,90
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	147,70
Coffin-Feder	28,50
Doppelplatten-Führungssporn	34,50
Dorn	11,80
Druckfeder, Zugfeder	14,80
Facebow anpassen	11,00
Feder, gekreuzt	11,80
Feder, geschlossen/kompliziert	14,80
Feder, offen	11,80
Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop	11,80
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	69,90
Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	12,80
Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	19,70
Innenbogen	29,70
KFO Platte voreinschleifen	9,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	54,10
Kunststoffschild/Abschirmelement	21,70
Labialbogen	25,60
Labialbogen, intermaxillär	41,30
Labialbogen, modifiziert	34,50
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,90
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	20,70
Lötung, je Einheit, KFO	20,70
Palatinalbogen	29,70
Pelotte	21,70
Pelottenklammer	12,80
Positioner	147,70
Protrusionsbogen	16,00
Remontieren von KFO-Gerät	49,20
Retentionsschiene	90,60
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	51,20
Schraube einarbeiten	19,70
Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
Spezialschraube	24,00
Spike/Stopp	12,80
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis, auch erschwert	7,90
U-Bügel	34,50
Verankerungselement/Verankerungsklammer	28,50
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	14,80
Vorbiss oder Rückbiss	13,80
Vorhofplatte	59,10

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
Zungengitter	21,70
Aufbissschienen und Aufbisshelpe	
Adjustierte Aufbissschiene	152,60
Aufbissschleife aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Basis, tiefgezogen	25,70
Erweitern einer Aufbissschiene, Grundeinheit	19,70
Instandsetzen einer Aufbissschiene, Grundeinheit	19,70
Knirscherschleife aus Kunststoff oder Weichkunststoff	152,60
Medikamententrägerschiene	90,60
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	63,00
Prothese umarbeiten als Aufbisshelpe	63,00
Schiene, tiefgezogen	90,60
Schienungsschleife aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungsschleife aus Metall oder Kunststoff	29,70
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	90,60
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00
Basis erneuern, auch KFO	78,40
Basis unterfüttern, auch KFO	64,10
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00
Grundeinheit erweitern, auch KFO	21,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	21,80
Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	40,30
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	9,40
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	9,40
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	40,30
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	9,40
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	9,40
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	9,40
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Sekundärteil	9,40
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Verlängerung	9,40
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	9,40
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	9,40
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	43,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	94,60
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,50
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00
Verlängerungshülse für Implantat	16,00
Verschraubung Implantat	48,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	3,00
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	17,10
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	15,20
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	22,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	30,00
Registrat	25,70
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	18,00
Sonstiges	
Nichtedelmetall-Zuschlag	15,30

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,40

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig.

Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Tarif 820 K Kirchliche Höherversicherung

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr. 331645, 06.2022

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

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

Erstattungsfähig sind

1. 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.
2. Die Kosten werden ersetzt mit **100 %**.

Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind

bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall

3. Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für
 - a) ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
 - b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung
 - c) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen
 - d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt
 - e) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt
 - f) Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.
4. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für
 - a) medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland
 - b) die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 10.230 Euro Versicherungsleistung
 - c) die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.
5. Die Kosten werden ersetzt mit **100 %**.

Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für

6. a) 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.
- b) Füllungen sowie Gussfüllungen (Inlays)
- c) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- d) Erstellen eines Heil- und Kostenplanes
- e) zahntechnische Laborarbeiten zu marktüblichen Preisen
- f) implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - Freizahnücke, 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.

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 %

bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 7.675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe nicht mehr als insgesamt

90 %

des Rechnungsbetrages.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

9. 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 2.050 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

10. Für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden

100 %

ersetzt.

11. Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

12. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH).

13. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

14. Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1.535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

20 %

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

- a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von §115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
- b) für ambulante Operationen (im Sinne von §115b 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 das Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für 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 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag erstattungsfähig.

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.

Werden Leistungen nach Nummer 16 und Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von 32 Euro.

20. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.

Sonstige Tarifbedingungen

21. Der Versicherer leistet im festgelegten Umfang für medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und Entbindung.

22. Die Leistungen umfassen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Der Versicherer 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.

23. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

24. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

25. Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind in Urschrift beizufügen.

26. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

27. Monatliche Beiträge je Person
820 K

Alter	Euro
Erwachsene	
20 bis 64 Jahre	25,68
ab 65 Jahre	70,66
Kinder (im Sinne des Beihilferechts)	
0 bis 18 Jahre	4,44
19 bis 27 Jahre	9,66

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Wichtiger Hinweis:

Ambulante ärztliche Heilbehandlung – auch durch Ärzte für Naturheilverfahren oder Homöopathie – ist nicht Bestandteil der Tarife 820 K.

Kosten hierfür sind deshalb nicht erstattungsfähig.

Ausnahme: Auslandsreisen im Sinne der Nummern 3 bis 5.

Die Kosten für stationäre Heilbehandlungen, die in einer Einrichtung stattfinden, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung durchführt (so genannte gemischte Anstalt), sind nur erstattungsfähig, wenn vorher eine schriftliche Zusage erteilt wurde.

Ausnahme: Akutfälle

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GebüH	Gebührenordnung für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch

Tarif 820 K2 Kirchliche Höherversicherung

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr. 331645, 06.2022

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

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

Erstattungsfähig sind

1. 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.

2. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %.

Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind

bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall

3. 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.

4. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für

- medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten 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 bis zu 10.230 Euro Versicherungsleistung
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

5. Die Kosten werden ersetzt mit
100 %.

Zahnersatz

Erstattungsfähig sind 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 zu marktüblichen Preisen
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - Freiendlücke, 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 Einzelzahnlücken 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.

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 %

bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 7.675 Euro,

15 %

der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe nicht mehr als insgesamt

90 %

des Rechnungsbetrages.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

9. 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 2.050 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

10. Für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden

100 %

ersetzt.

11. Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

12. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen der Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH).

13. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

14. Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit

20 %

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 §115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
- für ambulante Operationen (im Sinne von §115b 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 das Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für 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 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag erstattungsfähig.

18. Die Kosten werden ersetzt mit **100 %** abzüglich der Leistungen der Beihilfe.

19. Werden Leistungen entweder nach Nummer 16 **oder** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von **16 Euro**.

Werden Leistungen nach Nummer 16 **und** Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von **32 Euro**.

20. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.

Sonstige Tarifbedingungen

21. Der Versicherer leistet im festgelegten Umfang für medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und Entbindung.

22. Die Leistungen umfassen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Der Versicherer 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.

23. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

24. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

25. Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind in Urschrift beizufügen.

26. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

27. Monatliche Beiträge je Person

Tarif 820 K2

Alter	Euro
Erwachsene	
20 bis 64 Jahre	19,28
ab 65 Jahre	39,27
Kinder (im Sinne des Beihilferechts)	
0 bis 18 Jahre	2,61
19 bis 27 Jahre	7,77

Beiträge ohne Versicherungsteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Wichtiger Hinweis:

Ambulante ärztliche Heilbehandlung – auch durch Ärzte für Naturheilverfahren oder Homöopathie – ist nicht Bestandteil der Tarife 820 K. Kosten hierfür sind deshalb nicht erstattungsfähig.

Ausnahme: Auslandsreisen im Sinne der Nummern 3 bis 5.

Die Kosten für stationäre Heilbehandlungen, die in einer Einrichtung stattfinden, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung durchführt (so genannte gemischte Anstalt), sind nur erstattungsfähig, wenn vorher eine schriftliche Zusage erteilt wurde.

Ausnahme: Akutfälle

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GebÜH	Gebührenordnung für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch

Tarif 820 K Plus

Kirchliche Höherversicherung (Gruppenversicherung)

Stand: 01.04.2023, SAP-Nr.: 333292, 04.2023

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

Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen bis zu insgesamt 200 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.

Die Kosten werden erstattet zu

100 %.

2. Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden 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 Operationsnebenkosten, 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.

Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für

- medizinisch sinnvollen 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 bis zu 10.230 Euro Versicherungsleistung,
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

Die Kosten werden erstattet zu

100 %.

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, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtung in Vorleistung treten.

3. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen),
- plastische Füllungen,
- Inlays und Onlays,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, soweit für Zahnersatz und Implantate erforderlich,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten zu marktüblichen Preisen.

Zahnkronen und Brücken werden in vollkeramischer und in metallischer Ausführung mit Verblendung erstattet.

Kosten für mehr als sechs Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 7.500 Euro der erstattungsfähigen Kosten zu **40 %** erstattet.

Im selben Zeitraum werden darüber hinausgehende Behandlungskosten aus einem Betrag bis zu weiteren 7.500 Euro zu

20 %

erstattet.

Kosten über 15.000 Euro innerhalb dieses Zeitraums sind nicht erstattungsfähig. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung endet, zurückgerechnet. Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

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.

Die Kosten eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

erstattet.

4. Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Behandlung durch einen Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- wissenschaftlich anerkannte naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen, im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind und von einem Arzt für Naturheilverfahren vorgenommen werden. Gebühren sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Osteopathie durch einen qualifizierten Behandler bis zu der Höhe, die ein Arzt im Rahmen der GOÄ berechnen kann,
- vom Heilpraktiker oder Arzt für Naturheilverfahren im Rahmen einer Behandlung nach Buchstaben a) bis b) schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1.500 Euro innerhalb eines Kalenderjahres zu

50 %

erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

5. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen anerkannten Krankenhaus, die Kosten für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von §115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen für ambulante Operationen (im Sinne von §115b SGB V),
- für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer.

Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für Einbettzimmer, werden diese nicht ersetzt.

Erstattungsfähig sind außerdem 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.

Die Kosten werden erstattet zu
100 %.

Werden Leistungen entweder nach den Buchstaben a) und b) **oder** Buchstabe c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

16 Euro.

Werden Leistungen nach den Buchstaben a) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

32 Euro.

Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung, werden Tarifleistungen bis zu insgesamt 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Hierbei werden die Behandlungstage im Kalenderjahr, in dem der Aufenthalt endet, und die aus den zwei vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Vor Behandlungsbeginn einer überwiegend psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung ist eine Kostenzusage beim Versicherer einzuholen.

6. Sonstige Tarifbedingungen

- a) die Erstattung von Arzt- und Zahnarztkosten erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Honorarvereinbarungen werden nicht anerkannt. Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.
- b) die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.
- c) 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 erfolgversprechend 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.
- d) alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen.
- e) versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.
Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif 820 K Plus endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
- f) der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.
- g) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- h) wenn bei der jährlichen Gegenüberstellung gemäß § 8 Abs. 2 AVB/KK-SV die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

7. Beiträge

Monatliche Beiträge je Person

820 K Plus (Gruppenversicherung)	
Alter	Euro
Erwachsene (Hauptversicherte und Ehegatten)	
15 bis 64 Jahre	32,79
ab 65 Jahre	77,87
Kinder (von Hauptversicherten)	
0 bis 18 Jahre	6,35
19 bis 27 Jahre	10,48

Beiträge ohne Versicherungsteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für stationäre Heilbehandlungen, die in einer Einrichtung stattfinden, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung durchführt (so genannte gemischte Anstalt), sind nur erstattungsfähig, wenn vorher eine schriftliche Zusage erteilt wurde.

Ausnahme: Akutfälle

Abkürzungsverzeichnis

SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
Gebüh	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung

Tarif ComfortPro S (Gruppenversicherung) Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.04.2023, SAP-Nr.: 345459, 04.2023

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen bis zu insgesamt 250 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.

Die Kosten werden erstattet zu
100 %.

2. Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden 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 nächstreichbare Krankenhaus oder zum nächstreichbaren Notfallarzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig 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.

Die Kosten werden erstattet zu
100 %.

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, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtung in Vorleistung treten.

3. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen),
- plastische Füllungen,
- Inlays und Onlays,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, soweit für Zahnersatz und Implantate erforderlich.

Diesbezügliche zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und bis zu der dort genannten Höhe.

Zahnkronen und Brücken werden in vollkeramischer und in metallischer Ausführung mit Verblendung erstattet.

Kosten für mehr als sechs Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.000 Euro der erstattungsfähigen Kosten gezahlt.

Von den Kosten werden erstattet:
40 %.

Kosten über 15.000 Euro innerhalb des genannten Zeitraums sind nicht erstattungsfähig. Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in dem die Behandlung endet, zurückgerechnet. Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Für Inlays und Onlays wird zusätzlich eine Pauschale von
100 Euro

je Inlay oder Onlay erstattet.

Dem Versicherer soll rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Kosten der versicherten Person mit.

Für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden
100 %

erstattet.

4. Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Behandlung durch einen Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- wissenschaftlich anerkannte naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen, im GebüH aufgeführt sind und von einem Arzt für Naturheilverfahren vorgenommen werden. Gebühren sind bis zu den Höchstätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Osteopathie durch einen qualifizierten Behandler bis zu der Höhe, die ein Arzt im Rahmen der GOÄ berechnen kann,
- vom Heilpraktiker oder Arzt für Naturheilverfahren im Rahmen einer Behandlung nach Buchstaben a) bis b) schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1.500 Euro innerhalb eines Kalenderjahres zu
50 %

erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

5. Stationäre Heilbehandlungen auf Grund eines Unfalls

Der Versicherer erstattet bei einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung und ambulanten Operationen wegen Unfallfolgen.

Unfalldefinition:

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Darüber hinaus gelten als Unfallereignis auch (erweiterter Unfallbegriff):

- Verletzungen durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder andere Eigenbewegungen,
- Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe,
- Vergiftungen durch Gase, wenn die versicherte Person unbewusst den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraums bis einige Stunden ausgesetzt war,
- Tauchunfälle und tauchtypische Erkrankungen,
- Gesundheitsschädigungen durch künstlich erzeugte Strahlen (UV, Röntgen, Laser etc.),
- Sonnenbrand und Sonnenstich, wenn dieser Folge eines Unfalles ist,

- Infektionen, wenn diese mit einer äußeren Verletzung der Haut einhergehen (auch infolge von Impfungen),
- allergische Reaktionen nach Verletzung der Haut (insbesondere Insektenstiche),
- Zeckenbisse. Bei Zeckenbissen beginnt der Versicherungsfall mit der erstmaligen Diagnose einer Infektion durch einen Arzt,
- Erfrierungen und Verbrennungen,
- Gesundheitsschädigung durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff,
- Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

Der Tarif leistet nicht für Unfälle, die

- von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden,
- im Zusammenhang mit Kernenergie stehen,
- durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Blutungen aus inneren Organen bzw. Gehirnblutungen, Epilepsie und andere Krampfanfälle verursacht wurden,
- durch alkohol- oder drogenbedingte Ausfälle und Einschränkungen verursacht wurden (Alkohol: > 1,1 ‰),
- durch Kriegereignisse verursacht wurden; terroristische Akte sind jedoch nach Maßgabe des Tarifs mitversichert,
- die versicherte Person bei der Begehung einer Straftat erleidet.

Nicht geleistet wird für Vergiftungen durch Alkohol, Drogen oder Medikamentenmissbrauch.

Da es sein kann, dass der Versicherer infolge unzureichender Informationen zum Unfallhergang und/oder der aktuellen Diagnose Leistungen erbringt, die tariflich nicht vorgesehen sind, können Nachfragen notwendig werden. Werden diese Nachfragen vom Versicherten im Rahmen seiner Möglichkeiten erteilt, so werden zu viel gezahlte Versicherungsleistungen nicht zurückgefordert.

5.1 Stationäre Heilbehandlung auf Grund eines Unfalls

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf Grund eines Unfalls in einem nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen anerkannten Krankenhaus die Kosten für

- a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von § 115 a SGB V),
- b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen für ambulante Operationen (im Sinne von § 115 b SGB V)
- c) für gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Erstattungsfähig sind außerdem von den allgemeinen Krankenhauskosten die Mehrkosten, die entstehen können, wenn ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt wird. Das gilt nicht bei Krankenhäusern, mit denen die gesetzliche Krankenversicherung keinen Versorgungsvertrag hat oder wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht an den allgemeinen Krankenhauskosten beteiligt.

Die Kosten werden erstattet zu

100 %.

Werden Leistungen entweder nach den Buchstaben a) und b) **oder** Buchstabe c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

16 Euro.

Werden Leistungen nach den Buchstaben a) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von

32 Euro.

5.2 Stationäre psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung auf Grund eines Unfalls

Dient der stationäre Aufenthalt auf Grund eines Unfalls überwiegend der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung, werden Tarifleistungen bis zu insgesamt 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Hierbei werden die Behandlungstage im Kalenderjahr, in dem der Aufenthalt endet, und die aus den zwei vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Vor Behandlungsbeginn einer überwiegend psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung ist eine Kostenzusage beim Versicherer einzuholen.

5.3 Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen auf Grund eines Unfalls

Erbringt der Träger der Gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung Leistungen für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen in entsprechenden Einrichtungen, wird für jeden Tag der Behandlung auf Grund eines Unfalls ein Tagegeld in Höhe von 20 Euro, höchstens jedoch für insgesamt 56 Behandlungstage innerhalb von vier Kalenderjahren gezahlt. Hierbei werden die unfallbedingten Behandlungstage im Kalenderjahr, in dem der Aufenthalt endet, und die aus den drei vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

- a) Die Erstattung von Arzt- und Zahnarztkosten erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Honorarvereinbarungen werden nicht anerkannt. Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.
- b) 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 erfolgversprechend 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.
- c) Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.
- d) Besteht für stationäre Leistungen Anspruch auf Erstattung durch eine weitere stationäre Zusatzversicherung, werden diese Leistungen vom Erstattungsbetrag in Abzug gebracht. Erfolgte bereits eine vollständige Kostenerstattung durch eine weitere stationäre Zusatzversicherung, sind die Kosten aus dem Tarif ComfortPro S nicht erstattungsfähig.
- e) Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ComfortPro S endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
- f) Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.
- g) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- h) Wenn bei der jährlichen Gegenüberstellung gemäß § 8 Absatz 2 AVB/KK-SV die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge in der jeweils betroffenen Beobachtungseinheit (Kinder / Erwachsene) überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten kann unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Bedingungen angepasst werden.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

ComfortPro S (Gruppenversicherung)	
Alter	Euro
0 - 19 Jahre	7,65 €
20 - 29 Jahre	12,46 €
30 - 39 Jahre	17,43 €
40 - 49 Jahre	22,69 €
50 - 59 Jahre	29,71 €
60 - 64 Jahre	37,88 €
ab 65 Jahre	46,60 €

Beiträge ohne Versicherungsteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Wichtiger Hinweis

Die Kosten für stationäre Heilbehandlungen, die in einer Einrichtung stattfinden, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung durchführt (so genannte gemischte Anstalt), sind nur erstattungsfähig, wenn vorher eine schriftliche Zusage erteilt wurde oder ein Akutfall vorliegt.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GKV	Deutsche gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium) (Gruppenversicherung)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		Inlay aus Metall, einflächig	
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	20,10	Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Dowel-Pin setzen	4,30	Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30	Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Frässockel	15,80	Onlay aus Metall	140,90
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30	Kronen und Brückentechnik	
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40	Angelieferte Modellation gießen	41,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60	Anker für Klebebrücke	127,10
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40	Auflage an Brückenglied	16,30
Modell aus Kunststoff	29,30	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Modell aus Superhartgips	15,10	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60	Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60	Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Modellpaar sockeln	34,10	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Modellpaar trimmen	18,30	Stiftaufbau direkt	55,40
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80	Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60	Stiftaufbau indirekt	74,80
Okklusionsmodell	19,90	Teilverblendung aus Keramik	120,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50	Teilverblendung aus Komposit	91,30
Remontagemodell	32,00	Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Set-up je Zahn	16,20	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Spezialmodell	30,40	Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20	Vollverblendung aus Keramik	131,80
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20	Vollverblendung aus Komposit	105,80
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90	Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20	Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50	Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer	39,90	Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Spezialbissplatte	32,70	Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70	Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Vorwall	17,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Inlays und Onlays		Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50	Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter	31,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20	Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
		Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	115,10
		Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
		Lager für Ankerbandklammer	72,70
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf	21,30
Rillen-Schulter-Geschiebe komplett	344,80
Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	172,40
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell	296,70
Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert	213,20
Schubverteilungsarm	74,10
Teilfräsung	40,10
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	321,50
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	214,50
Verschraubung/Verbolzung	62,10
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	15,50
Auflage gegossen/Edelmetall	15,60
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10
Basisteil, gegossen/Edelmetall	86,80
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff	36,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	67,40
Bonyhard-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	16,50
Einarmige Klammer, gebogen	15,50
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	145,00
Grundeinheit Aufstellung	39,60
Grundeinheit Fertigstellung	62,80
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	45,30
Interdental-Klammer, gebogen	18,30
Kappe, gegossen/Edelmetall	54,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70
Metallbasis je Kiefer partiell/total	174,40
Metallkaufläche, Metallzahn/Edelmetall	52,40
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	36,50
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	52,40
Sonderkunststoff	61,30
Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60
Überwurfklammer, gebogen, zweiarmig	20,60
Überwurfklammer, Kralle, Auflage, gebogen, einarmig	15,50
Umgehungsbügel bei Diastema	29,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/Edelmetall	26,20
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	33,00
Zweiarmige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	36,50
Zweiarmige-, Ring-, Bonyhard-, Rücklaufklammer, mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	17,00
Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen:	32,30
Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	
Lötung 1:	32,30
Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	
Lötung 2:	32,30
Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	
Lötung 3:	33,70
Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	
Lötung 4:	33,70
Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	
Lötung 5:	33,70
Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	
Lötung auf Modell, Grundeinheit	32,30
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,80

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	160,70
Coffin-Feder	57,30
Doppelplatten-Führungssporn	44,40
Dorn	12,50
Druckfeder, Zugfeder	15,60
Facebow anpassen	14,20
Feder kompliziert	21,00
Feder, gekreuzt	16,00
Feder, geschlossen	17,10
Feder, offen/Rücklaufsporn	12,60
Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-Stop	12,20
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	73,90
Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,50
Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,80
Innenbogen	68,00
KFO-Platte voreinschleifen	10,50
Kinnkappe mit Retentionshaken	65,00
Kunststoffschild/Abschirmelement	33,60
Labialbogen	30,40
Labialbogen, intermaxillär	54,50
Labialbogen, modifiziert	38,80
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	15,60
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatinalbogen	51,00
Lötung je Einheit, KFO	21,80
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	21,80
Pelotte	28,00
Pelottenklammer	13,50
Positioner	200,50
Protrusionsbogen	27,20
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Retentionsschiene	95,70
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	25,00
Schraube einarbeiten, kompliziert	37,40
Spezialschraube	29,70
Spike/Stop	13,50
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
Trennen einer Basis/auch erschwert	13,00
U-Bügel	36,40
Verankerungselement/Verankerungsklammer	44,60
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	18,80
Vorbiss oder Rückbiss	20,40
Vorhofplatte	87,60
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.400 Euro)	40,00
Zungengitter	32,20
Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbisssschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbisssschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisssschiene	33,80
Medikamententrägerschiene	101,20
Miniplast-Schiene, tiefgezogen	101,20
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	89,70
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	66,50
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	32,30
Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	95,70
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	21,10
Basis erneuern, auch KFO	99,30
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	54,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	33,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	33,80
Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	45,00
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe	14,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Leistungseinheit, Basisteil	14,00
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	14,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	14,00
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	14,00
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	14,00
Leistungseinheit, Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	14,00
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	14,00
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	14,00
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	92,00
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	14,00
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	14,00
Retention gebogen	56,40
Retention gegossen/Edelmetall	69,30
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	60,90
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
Funktions-, Individueller Löffel Kunststoff für Implantate	41,50
Implantatachse und –ort festlegen, je Zahn	29,70
Implantat-Divergenz-Ausgleichkrone gegossen	113,10
Implantat-Kontrollschablone	55,80
Implantatmodell	30,40
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	10,90
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	179,40
Röntgenkugel positionieren	8,10
Verlängerungshülse für Implantat	21,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	6,10
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	20,90
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	21,10
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	35,10
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	41,70
Registrat	31,20
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	26,60
Sonstiges	
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	25,30
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	8,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Die Preise werden alle zwei Jahre überprüft und gegebenenfalls angepasst. Mit Zustimmung des Treuhänders werden die Höchstpreise angepasst, wenn die vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittel um mindestens 10 % von der letztgültigen Preisliste abweichen. Dabei wird auch überprüft, ob die Leistungsbeschreibungen ergänzt oder angepasst werden müssen; falls erforderlich geschieht dies mit Zustimmung des Treuhänders. Die neuen Leistungsinhalte und Preise gelten dann für Behandlungen ab dem 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung durch den Versicherer.

Tarif PEP Premium (Gruppenversicherung) Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 331750, 12.2021

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

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 Tarifbedingungen

2. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

3. entfällt

Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

PEP Premium (Gruppenversicherung)		
Alter	Erwachsene Euro	Kinder/Jugendliche Euro
0 - 19 Jahre		0,75
20 – 29 Jahre	4,10	
30 – 39 Jahre	4,37	
40 – 49 Jahre	5,26	
50 – 59 Jahre	7,62	
60 – 64 Jahre	9,70	
65 – 69 Jahre	12,77	
70 – 74 Jahre	15,82	
75 – 79 Jahre	20,31	
über 79 Jahre	31,73	

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

4. Die Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter (siehe Tabelle) der versicherten Person. Ab dem Zeitpunkt der Vollendung des Lebensjahres wird der Beitrag nach dem neuen Lebensalter berechnet.

Tarif PEP Plus (Gruppenversicherung) Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr : 331747, 12.2021

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 und 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 Krankenversicherung, Renten- oder Unfallversicherung, Beihilfe 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

PEP Plus (Gruppenversicherung)

Alter	Erwachsene	Kinder/Jugendliche
	Euro	Euro
0 – 19 Jahre		0,66
20 – 29 Jahre	6,27	
30 – 39 Jahre	6,87	
40 – 49 Jahre	7,23	
50 – 59 Jahre	7,78	
60 – 64 Jahre	8,29	
ab 65 Jahren	9,78	

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

10. Der Berechnung der Beiträge wird die Lebensaltersgruppe zugrunde gelegt, die die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Abkürzungsverzeichnis

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

Tarif AS (Gruppenversicherung) Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.04.2023, SAP-Nr. 331941, 04.2023

Es gelten die AVB/KK-SV - die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen bis zu insgesamt 150 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren.

Die Kosten werden erstattet zu

100 %.

2. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- a) Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen)
- b) plastische Füllungen
- c) Inlays und Onlays
- d) Implantate
- e) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, soweit für Zahnersatz und Implantate erforderlich
- f) zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten zu marktüblichen Preisen

Zahnkronen und Brücken werden in vollkeramischer und in metallischer Ausführung mit Verblendung erstattet.

Kosten für mehr als sechs Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15 000 Euro der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Abweichend hiervon errechnen sich die erstattungsfähigen Kosten im ersten Kalenderjahr aus maximal 1.000 €, in den ersten beiden Kalenderjahren aus maximal 3.000 €, in den ersten drei Kalenderjahren aus maximal 6.000 €.

Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Kosten über den für die jeweiligen Zeiträume genannten Beträgen werden nicht erstattet.

Von den erstattungsfähigen Kosten werden

20 %

erstattet.

3. Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- a) Behandlung durch einen Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)
- b) wissenschaftlich anerkannte naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen, im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind und von einem Arzt für Naturheilverfahren vorgenommen werden. Gebühren sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- c) Osteopathie durch einen qualifizierten Behandler bis zu der Höhe, die ein Arzt im Rahmen der GOÄ berechnen kann.
- d) vom Heilpraktiker oder Arzt für Naturheilverfahren im Rahmen einer Behandlung nach Buchstaben a) bis b) schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1.500 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit **30 %** erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

4. Sonstige Tarifbedingungen

- a) Die Erstattung von Arzt- und Zahnarztkosten erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Honorarvereinbarungen werden nicht anerkannt.
- b) Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in dem die Behandlung endet, die Sehhilfe bezogen oder die Reparatur durchgeführt wird, zurückgerechnet.
- c) Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.
- d) Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen.
- e) Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif AS endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
- f) Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.
- g) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- h) Wenn bei der jährlichen Gegenüberstellung gemäß § 8 (2) AVB/KK-SV die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge in der jeweils betroffenen Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

II. Beiträge

Monatliche Beitragsraten pro Person

Tarif AS (Gruppenversicherung)		
Alter	Erwachsene Euro	Kinder/Jugendliche Euro
0 - 19 Jahre		1,95 €
20 - 29 Jahre	4,97	
30 - 39 Jahre	7,46	
40 - 49 Jahre	8,88	
50 - 59 Jahre	11,69	
60 - 64 Jahre	13,77	
ab 65 Jahren	13,80	

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

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
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

Tarif VorsorgePro S (Gruppenversicherung)

Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.04.2023, SAP-Nr. 335778, 04.2023

Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Versicherungsleistungen

1. Vorsorgeuntersuchungen

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu insgesamt 500 Euro pro Kalenderjahr.

2. Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen aus privatem Anlass für ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe bis zu insgesamt 300 Euro in zwei Kalenderjahren. Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

Ausgenommen sind Impfungen aus beruflichen Gründen.

3. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankungen,
- professionelle Zahnreinigung und Kontrolle,
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges,
- lokale Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/-behandlung,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren, soweit diese Behandlung nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme erfolgt,
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu insgesamt 100 Euro in zwei Kalenderjahren erstattet. Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

4. Refraktive Chirurgien

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen bis zu insgesamt 1.500 Euro in der Vertragslaufzeit. Im ersten Kalenderjahr ist die Erstattung auf 200 Euro, in den beiden ersten Kalenderjahren zusammen auf 500 Euro begrenzt.

5. Hörhilfen

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Hörhilfen einschließlich Otoplastik sowie Reparaturen bis zu einem nach einer Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrag von 1.000 Euro (d. h. erstattet werden bis zu 800 Euro) in fünf Kalenderjahren. Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und den vorhergehenden vier Kalenderjahren angerechnet.

Betriebskosten, z. B. Batterien, sowie Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Gebühren sind nach den Grundsätzen der GOÄ und der GOZ bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

3. Abweichend von § 3 AVB/KK-SV entfallen die Wartezeiten.

4. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5. Wenn bei der jährlichen Gegenüberstellung gemäß § 8 Absatz 2 AVB/KK-SV die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

VorsorgePro S (Gruppenversicherung)	
Alter	Euro
0 - 19 Jahre	6,02 €
20 - 64 Jahre	11,38 €
ab 65 Jahre	13,78 €

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung in diesem Tarif endet für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK-SV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte

B.4 Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 01.08.2021 EU, Anlage 989, SAP-Nr. 33 07 26; 08/21 ek

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach den Datenschutzvorschriften zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist der jeweilige Risikoträger, d.h. das Unternehmen, mit dem Ihr Versicherungsvertrag oder ein anderer Vertrag oder eine Rechtsbeziehung besteht, zu dessen Durchführung Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die einzelnen Risikoträger sind mit den Kontaktdaten auf der Rückseite des Merkblatts aufgelistet.

Unseren Konzern-Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter
Versicherungskammer Bayern
Datenschutz
Maximilianstr. 53
80530 München
E-Mail-Adresse: datenschutz@vkb.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ („Code of Conduct“) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.vkb.de/datenschutz-downloads abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zu einem Schaden oder zu geltend gemachten Leistungen benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungs- oder Leistungsfall eingetreten und wie hoch der Zahlungsanspruch ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Absatz 2 a) in Verbindung mit Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Absatz 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Absatz 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Konzerns Versicherungskammer Bayern und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Absatz 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter www.vkb.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden)

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Zuständig ist die Datenschutzaufsichtsbehörde des Bundeslandes, in dem wir als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung unseren Sitz haben.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“, das Sie unserer Homepage unter www.vkb.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsprüfung**(gilt nicht für die Lebensversicherung)**

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung sowie zur Verifizierung Ihrer Adresse (Prüfung auf Zustellbarkeit) und um Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten zu erhalten an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 b) und Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Detaillierte Informationen zur ICD im Sinne des Artikels 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Information gem. Art. 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“), das Sie unserer Homepage unter www.vkb.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

Datenübermittlung in ein Drittland**(gilt nicht für die Lebensversicherung)**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen**(gilt nicht für die Lebensversicherung)**

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Versicherungskammer Bayern
Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayerischer Versicherungsverband
Versicherungsaktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayerische Landesbrandversicherung
Aktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de

Bayern-Versicherung
Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Maximilianstr. 53, 80530 München
E-Mail-Adresse: service@vkb.de