Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Krankenversicherung

Ergänzungsversicherung Betriebliche Krankenversicherung (BKV-Tarife) (Gruppenversicherung mit Einheitsbeiträgen)

Booklet XXIV – Stand 1. September 2025 – Druckstücknummer 33 47 98

Informations- und Bedingungspaket für den Versicherungsnehmer

334798; 09/25 ism

Inhalt

A. Informationspaket

A.1 Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen (§ 1 VVG-InfoV) 3
A.2 Ergänzende Produktinformationen für die Krankenversicherung 10

B. Bedingungspaket

B.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

AVB für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV) 40

B.2 Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag

Hinweise zum Vertrag über die betriebliche Krankenversicherung 45

B.3 Tarifbedingungen

Tarif BKV 1 47
Tarif BKV 1 P 52
Tarif BKV 2 57
Tarif BKV 2 P 62
Tarif BKV 3 67
Tarif BKV 4 72
Tarif ComfortPro 77
Tarif KlinikPro 83
Tarif BKV-AS AG 84
Tarif VorsorgePro 89
Tarif VorsorgePro P 90
Tarif BudgetPro 400 92
Tarif BudgetPro 800 94
Tarif BudgetPro 1200 96
Tarif BudgetVorsorge 98

B.4 Beiträge

Beitragsblatt zur betrieblichen Krankenversicherung 99
Beitragsblatt zur betrieblichen Krankenversicherung mit Beitragsbefreiung in entgeltfreien Zeiten 100

B.5 Merkblätter

Datenschutzinformationen nach Art. 12 ff. DSGVO 101

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

Vorstand:
Klaus G. Leyh (Vorsitzender), Martin Fleischer, Mareike Steinmann-Baptist, Frank-Andreas Werner

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Isabella Martorell Naßl

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 BKV 1, BKV 1 P, BKV 2, BKV 2 P, BKV 3, BKV 4, ComfortPro, KlinikPro, BKV-AS AG, VorsorgePro, VorsorgePro P, BudgetPro und Budget Vorsorge gelten die **AVB/KK-SV.**

Versicherungsart

Die Zusatzversicherung ist eine private Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung oder zur privaten Krankheitskostenvollversicherung. Sie deckt Kosten ab, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht mehr übernommen werden bzw. ergänzt den Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung.

Zusatzversicherung

Folgende Tarife der Zusatzversicherung sind Bestandteil dieses Informationspaketes (gilt entsprechend für die nicht anmeldepflichtigen Tarife BKV 2 S, BKV 2 P S, BKV 3 S, BKV 4 S, ComfortPro S, KlinikPro S, BKV-AS und VorsorgePro S):

- Tarif BKV 1
- Tarif BKV 1 P
- Tarif BKV 2
- Tarif BKV 2 P
- Tarif BKV 3
- Tarif BKV 4
- Tarif ComfortPro
- Tarif KlinikPro S
- Tarif BKV-AS AG
- Tarif VorsorgePro
- Tarif VorsorgePro P
- Tarife BudgetPro
- Tarif BudgetVorsorge

Versicherte Leistungen und ausgeschlossene Risiken	Im Nachfolgenden stellen wir Ihnen in einer kurzen Übersicht die Leistungen der gewünschten Tarife vor:
Tarif BKV 1 / BKV 1 P	Der Tarif leistet für: **Sehhilfen** 100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen (auch Reparaturen) bis 155 Euro in drei Kalenderjahren. **Auslandsreisen** 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Auslandsreisen bis zwei Monate Dauer. **Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate und Prothesen)** 20 % aus einem Betrag bis zu insgesamt 7.500 Euro und 10 % aus einem Betrag bis zu weiteren 7.500 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.
Tarif BKV 2 / BKV 2 P	Der Tarif leistet für: **Sehhilfen** 100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen (auch Reparaturen) bis 155 Euro in drei Kalenderjahren. **Auslandsreisen** 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Auslandsreisen bis zwei Monate Dauer. **Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate und Prothesen)** 40 % aus einem Betrag bis zu insgesamt 7.500 Euro und 20 % aus einem Betrag bis zu weiteren 7.500 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 aus bis zu 1.500 Euro pro Kalenderjahr für – Heilpraktiker (gem. GebüH), – Arzt für Naturheilkunde (naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen) – Arznei- und Verbandmittel hierzu – Osteopathie
Tarif BKV 3	Der Tarif leistet für: **Sehhilfen** 100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen (auch Reparaturen) bis 250 Euro in drei Kalenderjahren. **Auslandsreisen** 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Auslandsreisen bis zwei Monate Dauer. **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 aus bis zu 1.500 Euro pro Kalenderjahr für – Heilpraktiker (gem. GebüH), – Arzt für Naturheilkunde (naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen) – Arznei- und Verbandmittel hierzu – Osteopathie **Stationäre Heilbehandlung** 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- oder Zweibettzimmer – Mehrkosten infolge freier Krankenhauswahl Bei überwiegend psychotherapeutischer oder -somatischer Behandlung max. 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren. – Ersatzkrankenhaustagegeld 16 oder 32 Euro

Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen
Bei Übernahme der Behandlungskosten durch GKV oder DRV:

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

Tarif BKV 4

Der Tarif leistet für:

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

Auslandsreisen
100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Auslandsreisen bis zwei Monate Dauer.

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.

Kosten des Heil- und Kostenplanes.

Heilpraktiker, Osteopathie
50 % der Kosten aus bis zu 1.500 Euro pro Kalenderjahr für

– Heilpraktiker (gem. GebüH),

– Arznei- und Verbandmittel hierzu

– Osteopathie

Stationäre Heilbehandlung
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- oder Zweibettzimmer

– Mehrkosten infolge freier Krankenhauswahl

Bei überwiegend psychotherapeutischer oder -somatischer Behandlung max. 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren.

– Ersatzkrankenhaustagegeld 16 oder 32 Euro

Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen
Bei Übernahme der Behandlungskosten durch GKV oder DRV:

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

Ambulante Heilbehandlung
90 % der Restkosten nach Vorleistung der GKV bis 2.500 Euro im Kalenderjahr für

a) ärztliche Behandlungen

b) konservierende und chirurgische zahnärztliche Behandlung, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe, Röntgenaufnahmen der Zähne, zahntechnische Laborarbeiten,

c) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung

d) physikalische Therapie (ausgenommen Sauna und Dampfbäder)

e) Hebammen bei ambulanter Entbindung am Entbindungstag

f) Arznei- und Verbandmittel

g) gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel und Abschläge (bei Wahl der Kostenerstattung)

h) Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe

i) bestimmte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (bei Durchführung durch Arzt oder anerkannten Psychotherapeuten)

100 % der darüber hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten, wenn sich die GKV an den Kosten beteiligt (Die Leistung der GKV wird in Abzug gebracht).

50 % der erstattungsfähigen Kosten nach Buchstaben a), b), d), e) und f), wenn sich die GKV daran nicht beteiligt.

Kosten nach Buchstaben c), h) und i) sind nur dann erstattungsfähig, wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung an den Kosten beteiligt.

Tarif ComfortPro

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 aufgrund eines Unfalls maximal 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren
– Ersatzkrankenhaustagegeld 16 oder 32 Euro

Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen auf Grund 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 KlinikPro

Der Tarif leistet für:

Stationäre Heilbehandlung

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 maximal 56 Behandlungstage innerhalb von drei Kalenderjahren.
– Ersatzkrankenhaustagegeld 16 oder 32 Euro

Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen

Bei Übernahme der Behandlungskosten durch GKV oder DRV:
Tagegeld in Höhe von 20 Euro (höchstens für 56 Behandlungstage innerhalb von vier Kalenderjahren)

Tarif BKV-AS AG

Der Tarif leistet für:

Sehhilfen
100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen (auch Reparaturen) bis 150 Euro in drei Kalenderjahren.

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.

Besondere Bedingungen bei Arbeitgebervollfinanzierung

Solange der Arbeitgeber die Beiträge vollständig übernimmt, entfällt die oben genannte Staffelbegrenzung bei Zahnersatz und es gilt Folgendes:

Wir erbringen für Zahnersatz ab dem ersten Jahr die volle Versicherungsleistung, also innerhalb von vier Kalenderjahren Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.000 Euro der erstattungsfähigen Kosten.

Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie
30 % der Kosten aus bis zu 1.500 Euro pro Kalenderjahr für
– Heilpraktiker (gem. GebüH),
– Arzt für Naturheilkunde (naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen)
– Arznei- und Verbandmittel hierzu
– Osteopathie

VorsorgePro

Der Tarif leistet für

Vorsorgeuntersuchungen zu 100 %
Ersetzt werden ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu insgesamt 500 Euro pro Kalenderjahr.

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.

Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu 100 %
Ersetzt werden zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen (wie z.B. professionelle Zahnreinigung) bis zu 100 Euro in 2 Kalenderjahren.

Refraktive Chirurgien 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.

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.

VorsorgePro P

Der Tarif leistet für:

Vorsorgeuntersucherungen zu 100 %
Ersetzt werden Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis zu insgesamt 500 Euro pro Jahr.

Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe für private Zwecke zu 100 %
Ersetzt werden Impfungen für das Inland, alle Reiseschutzimpfungen sowie Malariaprophylaxe bis zu insgesamt 300 Euro in zwei Kalenderjahren.

Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu 100 %
Ersetzt werden zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu 100 Euro in zwei Kalenderjahren.

Refraktive Chirurgien 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.

Hörhilfen zu 80 %
Ersetzt werden in fünf Kalenderjahren 80% der Kosten bis zu einem nach einer Vorleistung der privaten Krankheitskostenvollversicherung und der Beihilfe verbleibenden Rechnungsbetrag von 1.000 Euro in fünf Kalenderjahren. D. h. erstattet werden maximal 800 Euro für Hörhilfen und Reparaturen.

Tarife BudgetPro 400, 800, 1200

Der Erstattungshöchstbetrag des jeweiligen Tarifs beträgt pro Kalenderjahr für alle Versicherungsleistungen insgesamt maximal 400 Euro beim Tarif BudgetPro 400, 800 Euro beim Tarif BudgetPro 800 und 1.200 Euro beim Tarif BudgetPro 1200.

Die Tarife leisten für:

Zahn

100 % der Kosten für:

Zahnbehandlungen (z. B. Parodontosebehandlung, Wurzelbehandlung, Kunststofffüllungen, Inlays, Onlays)

Zahnersatz (z. B. Zahnkronen, Zahnbrücken, Zahnprothesen, Implantate sowie die Reparatur des Zahnersatzes)

Zahnprophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung)

Sehhilfen

100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie deren Reparaturen bis insgesamt 180 Euro pro Kalenderjahr

Refraktive Chirurgie

100 % der Kosten für refraktive Chirurgien

Alternative Heilmethoden

100 % der Kosten für:

– Behandlungen durch Heilpraktiker

– naturkundliche Untersuchungen, Behandlungen durch Arzt für Naturheilkunde

– im Rahmen der Behandlungen verordnete, verbrauchte Arznei- und Verbandmittel

– Osteopathie

Arznei- und Verbandmittel

100 % der Kosten einschließlich gesetzlicher Zuzahlungen

Heilmittel

100 % der Kosten einschließlich gesetzlicher Zuzahlungen

Hilfsmittel

100 % der Kosten einschließlich gesetzlicher Zuzahlungen

Krankenhaustagegeld

10 Euro für jeden Tag im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung

BudgetVorsorge

Der Tarif leistet für:

Der Erstattungshöchstbetrag des Tarifs beträgt pro Kalenderjahr für alle Versicherungsleistungen insgesamt maximal 400 Euro.

Vorsorgeuntersuchungen
100% der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe
100 % der Kosten für Schutzimpfungen (ärztliche Behandlung und Arzneimittel) aus privatem Anlass inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe

Sportmedizinische Untersuchungen
100% der Kosten für sportmedizinische Untersuchungen aus privatem Anlass durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ bzw. „Tauchmedizin“

Prävention und Gesundheitsförderung
100% der Kosten für zertifizierte Präventionskurse zur Gesundheitsförderung nach § 20 Absatz 1 SGB V

Fälligkeit und Leistungserfüllung

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.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.

Unsere Geldleistungen sind fällig, wenn wir die notwendigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und zum Umfang unserer Leistungspflicht durchführt 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.

Beitrag

Der Gesamtbeitrag setzt sich aus den Beiträgen der von Ihnen gewählten Tarife zusammen (die Beiträge können den jeweils gültigen Tarifdruckstücken entnommen werden), zuzüglich vertraglich vereinbarter Zusatzbeiträge.

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.

Zusätzliche Kosten

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.

Wir unterhalten keine Telekommunikationsanschlüsse, für die Sie über die üblichen Grundtarife hinausgehende Nutzungsgebühren zahlen müssten.

Zahlung und Erfüllung des Beitrags

Der Beitrag ist grundsätzlich als Monatsbeitrag zu zahlen. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Jahreszahlung kann vereinbart werden.

Nähere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie unter § 8a in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu den von Ihnen gewählten Produkten.

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.

Die Beitragszahlung findet im SEPA-Lastschriftverfahren statt. Ihre hierzu gemachten Angaben werden in der Abrechnungsliste wiedergegeben.

Gültigkeitsdauer dieser Information

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes-, Tarif- oder Beitragsänderungen nicht befristet.

3. Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der gestellte Antrag, unsere Willenserklärung ist die entsprechende Annahmeerklärung bzw. der Ihnen übermittelte Versicherungsschein.

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.

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 es die Gruppenversicherungsbedingungen vorsehen, können die Wartezeiten erlassen werden.

Widerrufsrecht und -folgen

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“).

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.

Laufzeiten

Die Versicherung wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die versicherten Personen bleiben in der Krankenversicherung grundsätzlich unbegrenzt versichert, solange Versicherungsfähigkeit in ihrem Tarif besteht. Besondere Beendigungsgründe wie Tod oder Wegzug aus Europa finden Sie in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgezählt.

Kündigungsbedingungen

Das Vertragsverhältnis kann von beiden Seiten mit einer Frist von 3 Monaten jeweils zum 31. Dezember eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden, erstmals zum 31. Dezember des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres.

Anwendbares Recht

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.

Sprache

Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.

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 Streitbeilegungsverfahren 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. Beschwerden können nur durch natürliche Personen, die einen Versicherungsvertrag bei einem Privaten Krankenversicherungsunternehmen unterhalten, eingereicht werden.

Das Verfahren ist für Sie kostenlos und unverbindlich.

Haben 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-Streitbeilegungsplattform 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. Im Beschwerdeformular ist folgende E-Mail-Adresse anzugeben: 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.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BKV 1

(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BKV 1 (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BKV 1 (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

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X 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 Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).

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-Lastschrifteinzug bezahlt.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BKV 1 P

(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BKV 1 P (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BKV 1 P (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 privat Krankheitskostenvollversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung.

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

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X 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 Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).
- ! Die tariflichen Leistungen dürfen zusammen mit den Leistungen der privaten Krankenversicherung die Aufwendungen für die Krankheitsbehandlung nicht übersteigen.

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 deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung 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 ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BKV 2

(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BKV 2 (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BKV 2 (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

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- X 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.
- ✓ 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-Lastschrifteinzug bezahlt.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BKV 2 P

(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BKV 2 P (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BKV 2 P (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 privat Krankheitskostenvollversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung.

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

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- X 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).
- ! Die tariflichen Leistungen dürfen zusammen mit den Leistungen der privaten Krankenversicherung die Aufwendungen für die Krankheitsbehandlung nicht übersteigen.

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 deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung 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 ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BKV 3

(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BKV 3 (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BKV 3 (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)
- ✓ Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- X Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- X 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-Lastschrifteinzug bezahlt.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BKV 4

(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BKV 4 (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BKV 4 (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)
- ✓ Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung
- ✓ Ambulante Heilbehandlung

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Behandlungskosten von stationären Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- X 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 ambulanter Heilbehandlung gibt es Deckungsbeschränkungen, wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht beteiligt.
- ! 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-Lastschrifteinzug bezahlt.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Deutschland

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

ComfortPro
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ComfortPro (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif ComfortPro (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?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- X Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- X 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 nicht erstattungsfähig.

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.

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 beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

KlinikPro

(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif KlinikPro (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif KlinikPro (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 Heilbehandlung (Privatärztliche Behandlung (z.B. durch Chefarzt), ambulante Operationen, Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer)
- ✓ Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Behandlungskosten von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- X 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 Zahnarzt erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ).
- ! Bei überwiegend psychotherapeutischer oder psychosomatischer stationärer Behandlung werden maximal 56 Behandlungstage in drei Kalenderjahren erstattet.

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 ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Deutschland

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

BKV-AS AG
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BKV-AS AG (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BKV-AS AG (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. Sie kann nur gemeinsam mit den Tarifen BKV 2, BKV 3 (S) oder BKV 4 (S) 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?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Ambulante ärztliche Behandlungen, die nicht durch einen Arzt für Naturheilkundeverfahren durchgeführt werden und die nicht naturheilkundlicher Art sind
- X 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-Lastschrifteinzug bezahlt.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BudgetPro 400
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BudgetPro (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BudgetPro (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 Krankheitskosten-Ergänzungsversicherung.

Was ist versichert?

- ✓ Arznei-und Verbandmittel
- ✓ Heilmittel
- ✓ Hilfsmittel (inkl. Sehhilfen)
- ✓ Refraktive Chirugie
- ✓ Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie
- ✓ Zahnbehandlungen und Zahnersatz (inkl. Zahnimplantate)
- ✓ Zahnprophylaxe
- ✓ Krankenhaustagegeld für stationäre Behandlungen im Krankenhaus

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- X Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z.B. Stromkosten, Batterien, Akkus)

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

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für alle versicherten Leistungen beträgt insgesamt 400 Euro.
- ! Sehhilfen werden jährlich insgesamt bis zu 180 Euro erstattet. Der Betrag wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag von 400 Euro angerechnet und erhöht diesen nicht.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebüH).
- ! Für jeden Tag im Krankenhaus werden 10 Euro Krankenhaustagegeld gezahlt.

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.
- Wechseln Sie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung oder wird eine dieser Versicherungen beendet, müssen Sie dies 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 ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BudgetPro 800
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BudgetPro (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BudgetPro (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 Krankheitskosten-Ergänzungsversicherung.

Was ist versichert?

- ✓ Arznei-und Verbandmittel
- ✓ Heilmittel
- ✓ Hilfsmittel (inkl. Sehhilfen)
- ✓ Refraktive Chirugie
- ✓ Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie
- ✓ Zahnbehandlungen und Zahnersatz (inkl. Zahnimplantate)
- ✓ Zahnprophylaxe
- ✓ Krankenhaustagegeld für stationäre Behandlungen im Krankenhaus

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- X Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien, Akkus)

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

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für alle versicherten Leistungen beträgt insgesamt 800 Euro.
- ! Sehhilfen werden jährlich insgesamt bis zu 200 Euro erstattet. Der Betrag wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag von 800 Euro angerechnet und erhöht diesen nicht.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebüH).
- ! Für jeden Tag im Krankenhaus werden 10 Euro Krankenhaustagegeld gezahlt.

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.
- Wechseln Sie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung oder wird eine dieser Versicherungen beendet, müssen Sie dies 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 ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BudgetPro 1200
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BudgetPro (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BudgetPro (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 Krankheitskosten-Ergänzungsversicherung.

Was ist versichert?

- ✓ Arznei-und Verbandmittel
- ✓ Heilmittel
- ✓ Hilfsmittel (inkl. Sehhilfen)
- ✓ Refraktive Chirugie
- ✓ Heilpraktiker, Arzt für Naturheilverfahren, Osteopathie
- ✓ Zahnbehandlungen und Zahnersatz (inkl. Zahnimplantate)
- ✓ Zahnprophylaxe
- ✓ Krankenhaustagegeld für stationäre Behandlungen im Krankenhaus

Was ist nicht versichert?

- X Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- X Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- X Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien, Akkus)

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

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für alle versicherten Leistungen beträgt insgesamt 1.200 Euro.
- ! Sehhilfen werden jährlich insgesamt bis zu 220 Euro erstattet. Der Betrag wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag von 1.200 Euro angerechnet und erhöht diesen nicht.
- ! Die Erstattung von Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten erfolgt bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ, GOZ, GebüH).
- ! Für jeden Tag im Krankenhaus werden 10 Euro Krankenhaustagegeld gezahlt.

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.
- Wechseln Sie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung oder wird eine dieser Versicherungen beendet, müssen Sie dies 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 ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Deutschland

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

VorsorgePro
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif VorsorgePro (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif VorsorgePro (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 Chirurgien
- ✓ Hörhilfen

Was ist nicht versichert?

- X Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen und Eigenanteile
- X 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 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-Lastschrifteinzug bezahlt.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsnachweis ausgewiesen 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag aufgrund Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
  - wenn die versicherte Person stirbt

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Deutschland

VER SICHER KAMMER BAYERN UNGS

Ein Stück Sicherheit.

VorsorgePro P
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif VorsorgePro P (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif VorsorgePro P(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 privat Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung im ambulanten Bereich.

Was ist versichert?

- ✓ Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- ✓ Schutzimpfungen incl. Reiseschutzimpfungen sowie Malariaprophylaxe
- ✓ Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
- ✓ Refraktive Chirurgie (z.B. Augen-LASIK)
- ✓ Hörhilfen

Was ist nicht versichert?

- X Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle
- X Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hörhilfen (z.B. Stromkosten, Batterien, Akkus)

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.
- ! Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung.
- ! Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der privaten Krankenversicherung die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

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 früheren 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 Versicherung in der deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung 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 keine Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz besteht solange die Versicherbarkeit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages gegeben ist. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ist das einzelne Versicherungsverhältnis ist weder befristet, noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet insbesondere
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - wenn die Versicherung in der deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung endet
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages
  - wenn die versicherte Person stirbt.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Deutschland

BudgetVorsorge
(Gruppenversicherung)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BudgetVorsorge (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV und dem Tarif BudgetVorsorge (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 Krankheitskosten-Ergänzungsversicherung.

Was ist versichert?

- ✓ Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- ✓ Schutzimpfungen incl. Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe
- ✓ Sportmedizinische Untersuchungen, die von einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ oder „Tauchmedizin“ durchgeführt werden
- ✓ Teilnahme an Kursen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die nach § 20 SGB V Abs. 1 zertifiziert sind

Was ist nicht versichert?

- X 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?

- ! Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für alle versicherten Leistungen beträgt insgesamt 400 Euro.
- ! Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der gültigen Gebührenordnung GOÄ.

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 früheren 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.
- Wechseln Sie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung oder wird eine dieser Versicherungen beendet, müssen Sie dies 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 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
  - bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch Beendigung des Arbeitsverhältnisses (danach ist die Fortführung als Einzelversicherung möglich, wenn der Tarif mindestens drei Monate bestanden hat)
  - bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages
  - wenn die versicherte Person stirbt.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende des auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung eines anmeldepflichtigen Tarifs durch den Hauptversicherten ist nicht möglich.

B. Bedingungspaket

B.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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
a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) 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
a) bei Unfällen
b) 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 Wartezeitreglungen 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, Badezusätze, 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 Umfange 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 Kostenvoranschlag 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 Aufenthaltszweck 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 Versicherungsfalls 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 Umfanges 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 Versicherungsfalls 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 Bekannt werden 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 höchstrichterliche 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 Vertrag über die betriebliche Krankenversicherung
Stand: 1. Januar 2023

Versicherbarer Personenkreis

Versicherbar sind Personen (Mitarbeiter/Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Angehörige), die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bzw. – abhängig von den Regelungen im Gruppenversicherungsvertrag – ggf. auch Personen, die in einer deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind. Kinder können bis zum Beginn des Monats, in dem sie das 27. Lebensjahr vollenden, versichert werden.

Anmeldung, Gesundheitsprüfung

Die Aufnahme in die Versicherung ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Das gilt nicht bei Anmeldung aufgrund von Anmeldepflicht. Bei Personen, deren Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko darstellt, kann der Antrag abgelehnt oder die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

Beginn des Versicherungsschutzes, Wartezeiten

Der Versicherungsschutz im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages beginnt mit dem im Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt, frühestens mit Inkrafttreten des Vertrages über die betriebliche Krankenversicherung und nicht vor Zugang des Versicherungsnachweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers.

Die allgemeine Wartezeit entfällt. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Bei Unfällen entfallen auch die besonderen Wartezeiten. Soweit es die Versicherungsbedingungen vorsehen, können Wartezeiten erlassen werden. Für den Tarif VorsorgePro bestehen keine Wartezeiten.

Rechte aus dem Versicherungsverhältnisses

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.

Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Entgelt

Während Elternzeit, Pflegezeit, Sonderurlaub/Freistellung aus persönlichen Gründen und längerer Arbeitsunfähigkeit nach Ende des gesetzlichen Anspruchs auf Entgeltfortzahlung sind die anmeldepflichtigen Tarife beitragsbefreit. Für die Hauptversicherten bleibt dabei der Versicherungsschutz und der Anspruch auf Leistungen in vollem Umfang bestehen.
Voraussetzung ist, dass die Beitragsbefreiung im Versicherungsvertrag vereinbart ist. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer pro Hauptversicherten den Beginn und das Ende der Beitragsbefreiung innerhalb von 2 Monaten anzuzeigen. Für die Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Entgelt ist ein Zusatzbeitrag für alle anmeldepflichtigen Tarife zu bezahlen.

Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis der einzelnen Personen endet:

- bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Hauptversicherten. Die Kündigung ist nur möglich für nicht anmeldepflichtige Personen und Tarife. Die ordentliche Kündigung von nicht anmeldepflichtigen Personen und Tarifen durch den Hauptversicherte 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 Rücktritt, Anfechtung oder außerordentlicher Kündigung des Versicherers,
- bei Beendigung des Dienst-/Arbeitsverhältnisses des Mitarbeiters, jedoch nicht bei Rentengewährung in unmittelbarem Anschluss an das Arbeitsverhältnis,
- bei Ehegatten mit Rechtskraft der Scheidung, bei eingetragenen Lebenspartnern mit Rechtskraft der Aufhebung und bei Lebenspartnern in häuslicher Gemeinschaft mit dem Zeitpunkt der Trennung,
- bei Kindern nach Ende des Monats vor Vollendung des 27. Lebensjahres,
- bei Beendigung des Vertrages über die betriebliche Krankenversicherung,
- bei Ausscheiden von gesetzlich Krankenversicherten aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung,
- bei Ausscheiden von privat Krankenversicherten aus der deutschen Krankheitskostenvollversicherung,
- bei Tod der versicherten Person.

Sofern das Versicherungsverhältnis des Hauptversicherten endet, enden gleichzeitig auch alle Versicherungsverhältnisse der mitversicherten Personen, außer bei Tod des Mitarbeiters oder bei Wechsel des Mitarbeiters in eine private Krankheitskostenvollversicherung.

Rückstufung/ Kündigung

Eine Rückstufung/Kündigung ist erstmals zum 31. Dezember des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31. Dezember der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten möglich.

Bei einer erneuten Höherstufung findet eine Gesundheitsprüfung statt. Bei Personen, deren Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko darstellt, kann der Versicherer die erneute Höherstufung ablehnen oder von besonderen Bedingungen abhängig machen.

Tarif BKV-AS AG

Der Tarif BKV-AS AG kann nur von Personen geführt werden, die in einem der Tarife BKV 2, BKV 3, BKV 4 oder ComfortPro versichert sind. Endet die Versicherung in einem dieser Tarife, endet gleichzeitig die Versicherung im Tarif BKV-AS AG.

Ausscheiden und Weiterversicherung

Aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausscheidende Versicherte können die Versicherung zu den Bedingungen der entsprechenden Einzelversicherung fortsetzen, sofern die Fortsetzung nicht bereits vertraglich vereinbart ist. 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.

Wechsel der Krankenversicherung

(Gilt nur, wenn der Gruppenversicherungsvertrag die Versicherung von gesetzlich- und privatversicherten Personen vorsieht)

Endet die Versicherungsfähigkeit in einem Tarif ausschließlich aufgrund des Wechsels von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung in eine deutsche private Krankenversicherung oder umgekehrt, kann die betroffene Person die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung in einem entsprechenden Tarif, für den neu Versicherungsfähigkeit bestehen muss und der nicht höhere Leistungen umfasst, fortführen. Das gilt nur, sofern der Antrag auf Fortführung innerhalb von 2 Monaten ab Ende der Versicherungsfähigkeit gestellt wird.

B.3 Tarifbedingungen

Tarif BKV 1 (Gruppenversicherung)
Betriebliche Krankenversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr. 333562, 02.2023
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine 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 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.

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
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.

Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für
g) medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
h) die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
i) 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
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.
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 7.500 Euro der erstattungsfähigen Kosten zu
20 %
erstattet.

Im selben Zeitraum werden darüber hinausgehende Behandlungskosten aus einem Betrag bis zu weiteren 7.500 Euro zu
10 %
erstattet.

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.

Die Kosten eines Heil- und Kostenplanes werden zu
100 %
erstattet.

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) 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 BKV 1 endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
e) 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.
f) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

g) 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.
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

BKV 1 (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	1,78 €
16 - 66 Jahre	8,45 €
ab 67 Jahren	12,57 €

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.

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
GKV	Deutsche gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium)

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
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	15,80
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40
Modell aus Kunststoff	29,30
Modell aus Superhartgips	15,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60
Okklusionsmodell	19,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50
Remontagemodell	32,00
Set-up je Zahn	16,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	120,90
Teilverblendung aus Komposit	91,30
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Vollverblendung aus Keramik	131,80
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn inklusive Reiter	31,00
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
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
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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 BKV 1 P (Gruppenversicherung)
Betriebliche Krankenversicherung für privat Krankenversicherte

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 340786, 02.2023
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine 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 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.

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

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.

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

g) medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
h) die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
i) 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 (dies gilt nicht für Ansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung). 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

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.

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 7.500 Euro der erstattungsfähigen Kosten zu

20 %

erstattet.

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

10 %

erstattet.

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.

Die Kosten eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

erstattet.

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 einer privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung und der Beihilfe die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen sind nachzuweisen.
d) versicherungsfähig sind Personen, die in einer deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind.
   Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der privaten Krankheitskostenvollversicherung, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif BKV 1 P endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine private Krankheitskostenvollversicherung endet.
e) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
f) 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.
   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 Versicherungs-

verhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Bedingungen angepasst werden.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person

BKV 1 P (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	1,78 €
16 - 66 Jahre	8,45 €
ab 67 Jahre	12,57 €

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.

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
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium)

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
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	15,80
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40
Modell aus Kunststoff	29,30
Modell aus Superhartgips	15,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60
Okklusionsmodell	19,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50
Remontagemodell	32,00
Set-up je Zahn	16,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	120,90
Teilverblendung aus Komposit	91,30
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Vollverblendung aus Keramik	131,80
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn inklusive Reiter	31,00
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
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
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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 BKV 2 (Gruppenversicherung)
Betriebliche Krankenversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 333563, 02.2023
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine 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 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.

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

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.

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

g) medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
h) die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
i) 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

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.

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 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 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.

Die Kosten eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

erstattet.

4. 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 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 zu

50 %

ersetzt.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

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 herabset-

zen, 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) versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und die auf Kosten des Arbeitsgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.
Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif BKV 2 endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.

e) der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen.

f) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

g) 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

BKV 2 (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	3,69 €
16 - 66 Jahre	15,32 €
ab 67 Jahre	24,56 €

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.

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
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium)

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
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	15,80
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40
Modell aus Kunststoff	29,30
Modell aus Superhartgips	15,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60
Okklusionsmodell	19,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50
Remontagemodell	32,00
Set-up je Zahn	16,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	120,90
Teilverblendung aus Komposit	91,30
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Vollverblendung aus Keramik	131,80
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn inklusive Reiter	31,00
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf	21,30
Rillen-Schulter-Geschiebe komplett	344,80
Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	172,40

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
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
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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
Leistungseinheit, Basisteil	14,00
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	14,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	14,00
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	14,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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 BKV 2 P (Gruppenversicherung)
Betriebliche Krankenversicherung für privat Krankenversicherte

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 340787, 02.2023
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine 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 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.

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

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.

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

g) medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
h) die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
i) 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 (dies gilt nicht für Ansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung). 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

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.

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 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 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.

Die Kosten eines Heil- und Kostenplanes werden zu

100 %

erstattet.

4. 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 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 zu

50 %

ersetzt.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

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 einer privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung und der Beihilfe die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen sind nachzuweisen.

d) versicherungsfähig sind Personen, die in einer deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind und die auf Kosten des Arbeitsgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.
Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der privaten Krankheitskostenvollversicherung, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif BKV 2 P endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine private Krankheitskostenvollversicherung endet.

e) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

f) 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

BKV 2 P (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	3,69 €
16 - 66 Jahre	15,32 €
ab 67 Jahre	24,56 €

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.

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
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium)

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
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	15,80
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40
Modell aus Kunststoff	29,30
Modell aus Superhartgips	15,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60
Okklusionsmodell	19,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50
Remontagemodell	32,00
Set-up je Zahn	16,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	120,90
Teilverblendung aus Komposit	91,30
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Vollverblendung aus Keramik	131,80
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn inklusive Reiter	31,00
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
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
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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 erstattungs-fähig.
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 BKV 3 (Gruppenversicherung)
Betriebliche Krankenversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 333565, 02.2023
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

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.

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

g) medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
h) die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
i) 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

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.

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

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 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 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

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

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. Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen

Erbringt der Träger der Gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung Leistungen für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen in entsprechenden Einrichtungen, wird für jeden Tag der Behandlung ein Tagegeld in Höhe von 20 Euro, höchstens jedoch für insgesamt 56 Behandlungstage innerhalb von 4 Kalenderjahren gezahlt. Hierbei werden die 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) versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und die auf Kosten des Arbeitsgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.
   Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif BKV 3 endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
e) der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen.
f) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
g) 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

BKV 3 (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	8,82 €
16 - 66 Jahre	42,89 €
ab 67 Jahre	108,53 €

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)

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
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	15,80
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40
Modell aus Kunststoff	29,30
Modell aus Superhartgips	15,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60
Okklusionsmodell	19,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50
Remontagemodell	32,00
Set-up je Zahn	16,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	120,90
Teilverblendung aus Komposit	91,30
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Vollverblendung aus Keramik	131,80
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn inklusive Reiter	31,00
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
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
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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 BKV 4 (Gruppenversicherung)
Betriebliche Krankenversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr. 333567, 02.2023
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

a) ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
b) Arznei- 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.

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

g) medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
h) die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
i) 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

a) Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen),
b) Implantate,
c) 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.

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 und Osteopathie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Behandlung durch einen Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
b) Osteopathie durch einen qualifizierten Behandler bis zu der Höhe, die ein Arzt im Rahmen der GOÄ berechnen kann,
c) vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

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

50 %

erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen (siehe jedoch Nummer 7, Buchstabe i).

5. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung 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) einschließlich stationärer Entbindungen,
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.

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. Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen

Erbringt der Träger der Gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung Leistungen für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen in entsprechenden Einrichtungen, wird für jeden Tag der Behandlung ein Tagegeld in Höhe von 20 Euro, höchstens jedoch für insgesamt 56 Behandlungstage innerhalb von 4 Kalenderjahren gezahlt. Hierbei werden die Behandlungstage im Kalenderjahr, in dem der Aufenthalt endet, und die aus den drei vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

7. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Kosten für

a) ärztliche Behandlungen (Psychotherapie nach Buchstabe i), Heilpraktikerbehandlung nach Nummer 4 des Tarifes),
b) konservierende und chirurgische zahnärztliche Behandlung (z. B. plastische Füllungen einschließlich Inlays und Onlays, Zahnextraktion), Parodontosebehandlungen, Prophylaxe, Röntgenaufnahmen der Zähne, zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten (Maßnahmen in Zusammenhang mit Zahnersatz nach Nr. 3 des Tarifs), soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und bis zu der dort genannten Höhe,
c) gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte zur Früherkennung von Krankheiten im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme,
d) die von Fachkräften für physikalische Therapie (Heilmittel) berechneten Vergütungen (ausgenommen Sauna und Dampfbäder) bis zu der Höhe, die ein Arzt nach den Grundsätzen der GOÄ berechnen kann,
e) Hebammen und Entbindungspfleger bei ambulanter Entbindung am Entbindungstag,
f) Arznei- und Verbandmittel,
g) gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die wegen der Wahl der Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenversicherung erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich vereinbarten Selbstbehalt beruhen,
h) Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe,
i) vom Arzt oder einem in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871).

Wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung an den Aufwendungen nach Buchstaben a) bis i) beteiligt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen innerhalb eines Kalenderjahres aus bis zu 2.500 Euro mit

90 %

erstattet.

Die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wird in Abzug gebracht. Darüber hinausgehende erstattungsfähige Kosten nach Buchstaben a) bis i) werden bei Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung zu

100 %

erstattet.

Die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wird in Abzug gebracht. Beteiligt sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht an den erstattungsfähigen Kosten nach Buchstaben a), b), d), e) und f), werden diese zu

50 %

erstattet.

Kosten nach Buchstaben c), h) und i) sind nur dann erstattungsfähig, wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung an den Kosten beteiligt.

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) versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und die auf Kosten des Arbeitsgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.
   Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif BKV 4 endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
e) der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen.
f) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
g) 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 pro Person

BKV 4 (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	34,18 €
16 - 66 Jahre	205,60 €
ab 67 Jahre	374,20 €

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)

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
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	15,80
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40
Modell aus Kunststoff	29,30
Modell aus Superhartgips	15,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60
Okklusionsmodell	19,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50
Remontagemodell	32,00
Set-up je Zahn	16,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	120,90
Teilverblendung aus Komposit	91,30
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Vollverblendung aus Keramik	131,80
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn inklusive Reiter	31,00
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
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
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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 ComfortPro (Gruppenversicherung)
Betriebliche Krankenversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.04.2023, SAP-Nr.: 345458, 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

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.

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

g) medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland,
h) die Überführung bei Tod einer versicherten Person,
i) 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

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.

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

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 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 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 Kriegsereignisse 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 nicht erstattungsfähig.
e) Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und die auf Kosten des Arbeitsgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.
Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ComfortPro 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.
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 (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	6,03 €
16 - 66 Jahre	21,63 €
ab 67 Jahre	45,67 €

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
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10
Dowel-Pin setzen	4,30
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30
Frässockel	15,80
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40
Modell aus Kunststoff	29,30
Modell aus Superhartgips	15,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60
Modellpaar sockeln	34,10
Modellpaar trimmen	18,30
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60
Okklusionsmodell	19,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50
Remontagemodell	32,00
Set-up je Zahn	16,20
Spezialmodell	30,40
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20
Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis	18,80
Bisswall aus Wachs auf Basis	10,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20
Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer	39,90
Spezialbissplatte	32,70
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70
Vorwall	17,00
Inlays und Onlays	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70
Inlay aus Metall, einflächig	98,80
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20
Onlay aus Metall	140,90
Kronen und Brückentechnik	
Angelieferte Modellation gießen	41,40
Anker für Klebebrücke	127,10
Auflage an Brückenglied	16,30
Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Stiftaufbau direkt	55,40
Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Stiftaufbau indirekt	74,80
Teilverblendung aus Keramik	120,90
Teilverblendung aus Komposit	91,30
Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Vollverblendung aus Keramik	131,80
Vollverblendung aus Komposit	105,80
Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Wurzelpontic aus Komposit	27,00
Wurzelpontic aus Kunststoff	23,70
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter	31,00
Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	117,80
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
Lösungsknopf	21,30
Rillen-Schulter-Geschiebe komplett	344,80
Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	172,40

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
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
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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
Leistungseinheit, Basisteil	14,00
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	14,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	14,00
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	14,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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 erstattungs-fähig.
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 KlinikPro (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2023, SAP-Nr.: 345626, 12.2022
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung 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) einschließlich stationärer Entbindungen,
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.

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.

2. Tagegeld für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen

Erbringt der Träger der Gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung Leistungen für stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen in entsprechenden Einrichtungen, wird für jeden Tag der Behandlung ein Tagegeld in Höhe von 20 Euro, höchstens jedoch für insgesamt 56 Behandlungstage innerhalb von 4 Kalenderjahren gezahlt. Hierbei werden die 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. Honoravereinbarungen 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) Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und die auf Kosten des Arbeitsgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.
Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif KlinikPro endet dann für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
Neben dem Tarif KlinikPro können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung dieses Tarifs angeboten werden.
e) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
f) 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.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person:

KlinkPro (Gruppenversicherung)

Alter	Euro
0 - 15 Jahre	5,76 €
16 - 66 Jahre	23,51 €
ab 67 Jahre	86,50 €

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.

Abkürzungsverzeichnis

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

Tarif BKV-AS AG (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 345464, 02.2023
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine 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.

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 erstattet.

Staffelbegrenzung: 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 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 zu
30 %
erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

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.
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) versicherungsfähig sind Personen:
   – die auf Kosten des Arbeitgebers bzw. Versicherungsnehmers im Rahmen der obligatorischen Versicherung in diesem Tarif angemeldet werden und
   – die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und mit einer Krankheitskostenzusatzversicherung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse mit Leistungen für Auslandsreisen, Sehhilfen, Heilpraktikerbehandlung / Arzt für Naturheilverfahren / Osteopathie und Inlay/Zahnersatz versichert sind.
   Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung in diesem Tarif endet für diese versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch seine Versicherung in der GKV endet.
e) 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.
f) der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
g) 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/Jugendliche, 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

Tarif BKV-AS AG (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	2,39 €
16 - 66 Jahre	10,90 €
ab 67 Jahre	16,76 €

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

Besondere Bedingungen bei Arbeitgebervollfinanzierung

Solange der Arbeitgeber die Beiträge vollständig übernimmt, entfällt die Staffelbegrenzung unter Abschnitt I Ziffer 2. und es gilt folgendes:

Der Versicherer erbringt für Zahnersatz ab dem ersten Jahr die volle Versicherungsleistung, also innerhalb von vier Kalenderjahren Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.000 Euro der erstattungsfähigen Kosten.

Abkürzungsverzeichnis

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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Lager für Ankerbandklammer	72,70
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
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: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Lötung auf Modell, Grundeinheit	32,30

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,80
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, Interocclusial-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/Stopp	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene	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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
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
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, Prothesen-zähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungs-fähig.
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 VorsorgePro (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 335777, 12.2021
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I. 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 Kiefererkrankungen,
- 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.

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

III. Beiträge
Monatliche Beitragsraten je Person

VorsorgePro (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	4,83 €
16 - 66 Jahre	9,20 €
ab 67 Jahre	11,44 €

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.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und die auf Kosten des Arbeitsgebers/Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.

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

Tarif VorsorgePro (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2025, SAP-Nr.:349864, 08.2025
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I. 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 Kiefererkrankungen,
- 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 (Gruppenversicherung)	
Alter	**Euro**
0 - 15 Jahre	4,83 €
16 - 66 Jahre	9,20 €
ab 67 Jahre	11,44 €

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.

IV. Versicherungsfähigkeit
1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und die auf Kosten des Arbeitgebers/Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.

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

Sonderbedingungen für privat Krankheitskostenvollversicherte

1. Im Rahmen dieser Sonderbedingungen können im Tarif VorsorgePro (Gruppenversicherung) Betriebliche Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte auch privat krankheitskostenvollversicherte Personen versichert werden. Der Tarifname wird technisch mit dem Zusatz „P“ gekennzeichnet.

2. Anstelle von IV. gilt Folgendes: Versicherungsfähig sind Personen, die in einer deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV) versichert sind und die auf Kosten des Arbeitgebers/ Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden.
Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der PKV, 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 PKV endet.

3. Anstelle von I.5. gilt für Hörhilfen Folgendes: Ersetzt werden 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Hörhilfen einschließlich Otoplastik sowie Reparaturen bis zu einem nach einer Vorleistung der PKV und der Beihilfe 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.

4. Anstelle von II.2. gilt: Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der privaten Krankheitskostenvollversicherung, gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen sind nachzuweisen.

Tarif BudgetPro 400 (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung

Stand: 01.01.2023, SAP-Nr. 346231, 12.2022
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I Versicherungsleistungen

1. Erstattungshöchstbetrag
Für alle nachfolgend genannten Versicherungsleistungen (außer Sehhilfen) werden **insgesamt** je Kalenderjahr und versicherter Person maximal

400 Euro

erstattet.

2. Arzneimittel und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Dazu zählen auch ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Arzneimittel müssen aus einer Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind dem Versicherer durch Vorlage der ärztlichen Verordnungen nachzuweisen.

3. Heilmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Als Heilmittel gelten z. B. physikalische Therapien, wie Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder sowie podologische Therapien, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien (Logopädie) und Maßnahmen der Ergotherapie.

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z. B. Krankengymnasten, Masseure, medizinische Bademeister, Fachkräfte für Lymphdrainagen, Fachkräfte für physikalische Therapien, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fußpfleger und Podologen nach dem Podologengesetz) durchgeführt werden.

4. Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.

Hilfsmittel sind z. B. Hörhilfen, Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte.

Erstattungsfähig sind außerdem die Kosten für die Reparatur und Wartung (inklusive Ersatzteile) der Hilfsmittel.

Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien, Akkus) sind nicht erstattungsfähig.

Nicht als Hilfsmittel zählen:
- allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Hilfsmittel bzw. Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- sonstige sanitäre oder medizinische-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die vor allem der Pflege oder deren Erleichterung dienen (Pflegehilfsmittel),
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

5. Sehhilfen
Erstattungsfähig sind die Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen), deren Reparaturen sowie die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker zu

100 %

bis zu insgesamt **180 Euro.**

Der Betrag gilt pro Kalenderjahr und wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag angerechnet. Er erhöht diesen nicht.

6. Refraktive Chirurgie
Erstattungsfähig sind die Kosten für refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zu

100 %.

7. Ambulante Naturheilverfahren, Osteopathie
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
a) wissenschaftlich anerkannte Behandlungen durch einen Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
b) wissenschaftlich anerkannte naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen durch einen Arzt für Naturheilverfahren,
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 Buchstabe a) und b) schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel

zu 100 %.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

8. Zahnbehandlung und Zahnersatz
Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz zu

100 %.

Erstattet werden folgende zahnärztlichen Heilbehandlungen und damit verbundenen Maßnahmen:
- Parodontosebehandlung (z. B. auch mittels Periochip),
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion,
- plastische Zahnfüllungen (Kompositzahnfüllungen),
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Inlays und Onlays,
- Zahnersatz (Zahnkronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen sowie Implantate),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie),
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung,
- Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.

- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden,

Der Versicherungsschutz umfasst auch die Erstellung eines Heil-und Kostenplans sowie jeweils anfallende erstattungsfähige zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten.

9. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- 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

zu 100 %.

10. Krankenhaustagegeld bei stationärer Behandlung
Für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall sowie bei stationärer Entbindung in einem nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen anerkannten Krankenhaus wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

10 Euro

gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet. Die Auszahlung erfolgt gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses oder sonstiger geeigneter Belege, welche die Dauer und Diagnose der stationären Heilbehandlung belegen.

Das Krankenhaustagegeld wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag angerechnet. Es erhöht diesen nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

a) Ärztliche- und zahnärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen und Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Die Kosten für Heilmittel sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die ein Arzt nach den Grundsätzen der GOÄ berechnen kann. Honorarvereinbarungen werden nicht anerkannt. Die Erstattung der Kosten für die Behandlungsmethoden des Heilpraktikers erfolgt bis zu den Höchstsätzen und nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden und werden dem Kalenderjahr der Entstehung zugerechnet. Bei Arznei-; Verband- oder Hilfsmittel sowie deren gesetzlichen Zuzahlungen ist das Bezugsdatum für die Zurechnung zum Kalenderjahr maßgeblich. Für gesetzliche Zuzahlungen zu Heilmitteln ist das Rechnungsdatum maßgeblich.

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 einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen. Nach Abzug der Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung von den erstattungsfähigen Kosten werden die Leistungen bis zum tariflich vereinbarten Erstattungshöchstbetrag erstattet.

d) Versicherungsfähig sind alle Personen, die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind und die auf Kosten des Arbeitgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden. Bei privat krankenversicherten Personen wird der Tarifname technisch mit dem Zusatz „P“. gekennzeichnet. Wechselt eine versicherte Person zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung oder wird eine dieser beendet, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
Die Versicherung in diesem Tarif endet zu dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem versicherbaren Personenkreis. Neben dem Tarif BudgetPro können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung dieses Tarifs angeboten werden.

e) Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen.

f) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

g) 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.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person:

BudgetPro 400 (Gruppenversicherung)

Alter	Euro
0 - 15 Jahre	11,48 €
16 - 66 Jahre	16,84 €
ab 67 Jahre	31,03 €

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.

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
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Tarif BudgetPro 800 (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung

Stand: 01.01.2023, SAP-Nr. 346232, 12.2022
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I Versicherungsleistungen

1. Erstattungshöchstbetrag
Für alle nachfolgend genannten Versicherungsleistungen (außer Sehhilfen) werden **insgesamt** je Kalenderjahr und versicherter Person maximal

800 Euro

erstattet.

2. Arzneimittel und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Dazu zählen auch ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Arzneimittel müssen aus einer Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind dem Versicherer durch Vorlage der ärztlichen Verordnungen nachzuweisen.

3. Heilmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Als Heilmittel gelten z. B. physikalische Therapien, wie Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder sowie podologische Therapien, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien (Logopädie) und Maßnahmen der Ergotherapie.

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z. B. Krankengymnasten, Masseure, medizinische Bademeister, Fachkräfte für Lymphdrainagen, Fachkräfte für physikalische Therapien, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fußpfleger und Podologen nach dem Podologengesetz) durchgeführt werden.

4. Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.

Hilfsmittel sind z. B. Hörhilfen, Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte.

Erstattungsfähig sind außerdem die Kosten für die Reparatur und Wartung (inklusive Ersatzteile) der Hilfsmittel.

Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien, Akkus) sind nicht erstattungsfähig.

Nicht als Hilfsmittel zählen:
- allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Hilfsmittel bzw. Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- sonstige sanitäre oder medizinische-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die vor allem der Pflege oder deren Erleichterung dienen (Pflegehilfsmittel),
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

5. Sehhilfen
Erstattungsfähig sind die Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen), deren Reparaturen sowie die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker zu

100 %

bis zu insgesamt **200 Euro.**

Der Betrag gilt pro Kalenderjahr und wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag angerechnet. Er erhöht diesen nicht.

6. Refraktive Chirurgie
Erstattungsfähig sind die Kosten für refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zu

100 %.

7. Ambulante Naturheilverfahren, Osteopathie
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
a) wissenschaftlich anerkannte Behandlungen durch einen Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
b) wissenschaftlich anerkannte naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen durch einen Arzt für Naturheilverfahren,
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 Buchstabe a) und b) schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel

zu 100 %.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

8. Zahnbehandlung und Zahnersatz
Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz zu

100 %.

Erstattet werden folgende zahnärztlichen Heilbehandlungen und damit verbundenen Maßnahmen:
- Parodontosebehandlung (z. B. auch mittels Periochip),
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion,
- plastische Zahnfüllungen (Kompositzahnfüllungen),
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Inlays und Onlays,
- Zahnersatz (Zahnkronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen sowie Implantate),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie),
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung,
- Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.

- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden,

Der Versicherungsschutz umfasst auch die Erstellung eines Heil-und Kostenplans sowie jeweils anfallende erstattungsfähige zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten.

9. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- 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

zu 100 %.

10. Krankenhaustagegeld bei stationärer Behandlung
Für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall sowie bei stationärer Entbindung in einem nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen anerkannten Krankenhaus wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

10 Euro

gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet. Die Auszahlung erfolgt gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses oder sonstiger geeigneter Belege, welche die Dauer und Diagnose der stationären Heilbehandlung belegen.

Das Krankenhaustagegeld wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag angerechnet. Es erhöht diesen nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

a) Ärztliche- und zahnärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen und Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Die Kosten für Heilmittel sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die ein Arzt nach den Grundsätzen der GOÄ berechnen kann. Honorarvereinbarungen werden nicht anerkannt. Die Erstattung der Kosten für die Behandlungsmethoden des Heilpraktikers erfolgt bis zu den Höchstsätzen und nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden und werden dem Kalenderjahr der Entstehung zugerechnet. Bei Arznei-; Verband- oder Hilfsmittel sowie deren gesetzlichen Zuzahlungen ist das Bezugsdatum für die Zurechnung zum Kalenderjahr maßgeblich. Für gesetzliche Zuzahlungen zu Heilmitteln ist das Rechnungsdatum maßgeblich.

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 einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen. Nach Abzug der Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung von den erstattungsfähigen Kosten werden die Leistungen bis zum tariflich vereinbarten Erstattungshöchstbetrag erstattet.

d) Versicherungsfähig sind alle Personen, die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind und die auf Kosten des Arbeitgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden. Bei privat krankenversicherten Personen wird der Tarifname technisch mit dem Zusatz „P“. gekennzeichnet. Wechselt eine versicherte Person zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung oder wird eine dieser beendet, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
Die Versicherung in diesem Tarif endet zu dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem versicherbaren Personenkreis. Neben dem Tarif BudgetPro können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung dieses Tarifs angeboten werden.

e) Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen.

f) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

g) 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.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person:

BudgetPro 800 (Gruppenversicherung)

Alter	Euro
0 - 15 Jahre	13,83 €
16 - 66 Jahre	27,37 €
ab 67 Jahre	60,15 €

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.

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
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Tarif BudgetPro 1200 (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung

Stand: 01.01.2023, SAP-Nr. 346233, 12.2022
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I Versicherungsleistungen

1. Erstattungshöchstbetrag
Für alle nachfolgend genannten Versicherungsleistungen (außer Sehhilfen) werden **insgesamt** je Kalenderjahr und versicherter Person maximal

1.200 Euro

erstattet.

2. Arzneimittel und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Dazu zählen auch ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Arzneimittel müssen aus einer Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind dem Versicherer durch Vorlage der ärztlichen Verordnungen nachzuweisen.

3. Heilmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Als Heilmittel gelten z. B. physikalische Therapien, wie Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder sowie podologische Therapien, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien (Logopädie) und Maßnahmen der Ergotherapie.

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z. B. Krankengymnasten, Masseure, medizinische Bademeister, Fachkräfte für Lymphdrainagen, Fachkräfte für physikalische Therapien, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fußpfleger und Podologen nach dem Podologengesetz) durchgeführt werden.

4. Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel einschließlich gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen zu

100 %.

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.

Hilfsmittel sind z. B. Hörhilfen, Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte.

Erstattungsfähig sind außerdem die Kosten für die Reparatur und Wartung (inklusive Ersatzteile) der Hilfsmittel.

Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien, Akkus) sind nicht erstattungsfähig.

Nicht als Hilfsmittel zählen:
- allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Hilfsmittel bzw. Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- sonstige sanitäre oder medizinische-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die vor allem der Pflege oder deren Erleichterung dienen (Pflegehilfsmittel),
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

5. Sehhilfen
Erstattungsfähig sind die Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen), deren Reparaturen sowie die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker zu

100 %

bis zu insgesamt **220 Euro.**

Der Betrag gilt pro Kalenderjahr und wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag angerechnet. Er erhöht diesen nicht.

6. Refraktive Chirurgie
Erstattungsfähig sind die Kosten für refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zu

100 %.

7. Ambulante Naturheilverfahren, Osteopathie
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
a) wissenschaftlich anerkannte Behandlungen durch einen Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
b) wissenschaftlich anerkannte naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen durch einen Arzt für Naturheilverfahren,
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 Buchstabe a) und b) schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel

zu 100 %.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

8. Zahnbehandlung und Zahnersatz
Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz zu

100 %.

Erstattet werden folgende zahnärztlichen Heilbehandlungen und damit verbundenen Maßnahmen:
- Parodontosebehandlung (z. B. auch mittels Periochip),
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion,
- plastische Zahnfüllungen (Kompositzahnfüllungen),
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Inlays und Onlays,
- Zahnersatz (Zahnkronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen sowie Implantate),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie),
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung,
- Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.

- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden,

Der Versicherungsschutz umfasst auch die Erstellung eines Heil-und Kostenplans sowie jeweils anfallende erstattungsfähige zahntechnische Laborarbeiten und Materialkosten.

9. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- 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

zu 100 %.

10. Krankenhaustagegeld bei stationärer Behandlung
Für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall sowie bei stationärer Entbindung in einem nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen anerkannten Krankenhaus wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

10 Euro

gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet. Die Auszahlung erfolgt gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses oder sonstiger geeigneter Belege, welche die Dauer und Diagnose der stationären Heilbehandlung belegen.

Das Krankenhaustagegeld wird auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag angerechnet. Es erhöht diesen nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

a) Ärztliche- und zahnärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen und Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Die Kosten für Heilmittel sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die ein Arzt nach den Grundsätzen der GOÄ berechnen kann. Honorarvereinbarungen werden nicht anerkannt. Die Erstattung der Kosten für die Behandlungsmethoden des Heilpraktikers erfolgt bis zu den Höchstsätzen und nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden und werden dem Kalenderjahr der Entstehung zugerechnet. Bei Arznei-; Verband- oder Hilfsmittel sowie deren gesetzlichen Zuzahlungen ist das Bezugsdatum für die Zurechnung zum Kalenderjahr maßgeblich. Für gesetzliche Zuzahlungen zu Heilmitteln ist das Rechnungsdatum maßgeblich.

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 einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen. Nach Abzug der Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung von den erstattungsfähigen Kosten werden die Leistungen bis zum tariflich vereinbarten Erstattungshöchstbetrag erstattet.

d) Versicherungsfähig sind alle Personen, die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind und die auf Kosten des Arbeitgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden. Bei privat krankenversicherten Personen wird der Tarifname technisch mit dem Zusatz „P“. gekennzeichnet. Wechselt eine versicherte Person zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung oder wird eine dieser beendet, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
Die Versicherung in diesem Tarif endet zu dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem versicherbaren Personenkreis. Neben dem Tarif BudgetPro können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung dieses Tarifs angeboten werden.

e) Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen.

f) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

g) 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.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person:

BudgetPro 1200 (Gruppenversicherung)

Alter	Euro
0 - 15 Jahre	15,19 €
16 - 66 Jahre	37,44 €
ab 67 Jahre	86,02 €

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.

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
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Tarif BudgetVorsorge (Gruppenversicherung)
Betriebliche Ergänzungsversicherung

Stand: 01.10.2025, SAP-Nr. 349902, 08.2025
Es gelten die AVB/KK-SV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungshöchstbetrag

Für alle nachfolgend genannten Versicherungsleistungen werden **insgesamt** je Kalenderjahr und versicherter Person maximal

400 Euro

erstattet.

2. Vorsorgeuntersuchungen

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte. Dies sind z. B. Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, Osteoporose-Früherkennung, Glaukomvorsorge, Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfallvorsorge sowie Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft.

3. Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Schutzimpfungen (ärztliche Behandlung und Arzneimittel) aus privatem Anlass inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe.
Ersetzt werden Schutzimpfungen auch dann, wenn diese bei einer zugelassenen Impfstelle oder zugelassenen Leistungserbringern wie z. B. Apothekern durchgeführt werden.

4. Sportmedizinische Untersuchungen

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante sportmedizinische Untersuchungen aus privatem Anlass. Hierzu gehören z. B. die Anamnese, die Erhebung des Ganzkörperstatus, Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung und Laktatbestimmung sowie die jeweils abschließenden Besprechungen.
Die Untersuchungen müssen von einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ bzw. „Tauchmedizin“ durchgeführt werden.

5. Prävention und Gesundheitsförderung

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Teilnahme an Präventionskursen zur Gesundheitsförderung, die dazu dienen Erkrankungsrisiken zu senken, Erkrankungen früh zu erkennen oder zu behandeln.

Präventionskurse sind z. B. Bewegungsprogramme (z. B. Wirbelsäulengymnastik, Aquafitness), Kurse zur Ernährung (z. B. Ernährungsberatung), zur Stressbewältigung (z. B. autogenes Training, Achtsamkeitstraining) und zur Suchtprävention (z. B. Raucherentwöhnung).
Als Präventionskurse erstattungsfähig sind zertifizierte Maßnahmen nach § 20 Absatz 1 SGB V, die von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt sind. Voraussetzung für die Erstattung ist eine Teilnahmebescheinigung des Kursanbieters.
Erstattungsfähig sind nur die Kursgebühren. Anfallende Sach- und Verpflegungskosten sowie Kosten für eine Unterkunft sind nicht erstattungsfähig.

II. Sonstige Tarifbedingungen

a) Ärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen und Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Honorarvereinbarungen werden nicht anerkannt. Die Kosten gelten zu dem Zeitpunkt der Behandlung als entstanden und werden dem Kalenderjahr der Entstehung zugerechnet. Bei Arzneimitteln ist das Bezugsdatum für die Zurechnung zum Kalenderjahr maßgeblich.
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 einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen. Nach Abzug der Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, der Beihilfe und einer privaten Zusatz- oder Vollversicherung von den erstattungsfähigen Kosten werden die Leistungen bis zum tariflich vereinbarten Erstattungshöchstbetrag erstattet.
d) Versicherungsfähig sind alle Personen, die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind und die auf Kosten des Arbeitgebers bzw. Versicherungsnehmers von diesem im Rahmen der obligatorischen Versicherung angemeldet werden. Bei privat krankenversicherten Personen wird der Tarifname technisch mit dem Zusatz „P“. gekennzeichnet. Wechselt eine versicherte Person zwischen deutscher gesetzlicher und deutscher privater Krankenversicherung oder wird eine dieser beendet, hat der Hauptversicherte dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung in diesem Tarif endet zu dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem versicherbaren Personenkreis.
e) Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Zusatzversicherung mit Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen.
f) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
g) 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.

III. Beiträge

Monatliche Beitragsraten je Person:

BudgetVorsorge (Gruppenversicherung)

Alter	Euro
0 - 15 Jahre	4,19 €
16 - 66 Jahre	7,00 €
ab 67 Jahre	8,10 €

Beiträge ohne Versicherungssteuer.

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

Abkürzungsverzeichnis

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

B.4 Beiträge

Beitragsblatt zur betrieblichen Krankenversicherung (Gruppenversicherung)

Monatliche Beitragsraten je Person
Gültig ab dem 1. September 2025

Bei Arbeitgeber**voll**finanzierung

	Einheitsbeiträge (ohne Beitragsbefreiung in entgeltfreien Zeiten)							
Alter	**BKV 1/ BKV 1 P**	**BKV 2/ BKV 2 P**	**BKV 3**	**BKV 4**	**ComfortPro**	**BKV-AS AG**	**VorsorgePro/ Vorsorge Pro P**	**Klinik Pro**
0 – 15 Jahre	1,78 €	3,69 €	8,82 €	34,18 €	6,03 €	2,39 €	4,83 €	5,76 €
16 – 66 Jahre	8,45 €	15,32 €	42,89 €	205,60 €	21,63 €	10,90 €	9,20 €	23,51 €
ab 67 Jahren	12,57 €	24,56 €	108,53 €	374,20 €	45,67 €	16,76 €	11,44 €	86,50 €

Alter	**BudgetPro 400/ BudgetPro 400 P**	**BudgetPro 800/ BudgetPro 800 P**	**BudgetPro 1200/ BudgetPro 1200 P**	**BudgetVorsorge/ BudgetVorsorge P**
0 – 15 Jahre	11,48 €	13,83 €	15,19 €	4,19 €
16 – 66 Jahre	16,84 €	27,37 €	37,44 €	7,00 €
ab 67 Jahren	31,03 €	60,15 €	86,02 €	8,10 €

Bei Arbeitgeber**teil**finanzierung und Arbeitnehmerfinanzierung

	Stufenbeiträge							
Alter	**BKV 1/ BKV 1 P**	**BKV 2 S/ BKV 2 P S**	**BKV 3 S**	**BKV 4 S**	**Comfort Pro S**	**BKV-AS**	**Vorsorge Pro S / Vorsorge Pro P S**	**Klinik Pro S**
0 – 19 Jahre	–	4,34 €	10,36 €	36,69 €	7,65 €	2,26 €	6,02 €	6,43 €
20 – 29 Jahre	–	8,57 €	22,44 €	123,57 €	12,46 €	5,77 €	11,38 €	15,52 €
30 – 39 Jahre	–	13,12 €	36,18 €	189,51 €	17,43 €	8,66 €	11,38 €	23,26 €
40 – 49 Jahre	–	16,15 €	37,75 €	193,38 €	22,69 €	10,31 €	11,38 €	23,26 €
50 – 59 Jahre	–	20,37 €	52,37 €	226,44 €	29,71 €	13,56 €	11,38 €	39,26 €
60 – 64 Jahre	–	23,44 €	70,36 €	284,07 €	37,88 €	15,98 €	11,38 €	56,80 €
ab 65 Jahren	–	25,79 €	108,37 €	374,18 €	46,60 €	16,01 €	13,78 €	86,44 €

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.
Beiträge ohne Versicherungsteuer.

Beitragsblatt zur betrieblichen Krankenversicherung (Gruppenversicherung (mit Beitragsbefreiung))

Monatliche Beitragsraten je Person
Gültig ab dem 1. September 2025

Bei Arbeitgeber**voll**finanzierung

	Einheitsbeiträge (mit Beitragsbefreiung in entgeltfreien Zeiten)							
Alter	**BKV 1/ BKV 1 P**	**BKV 2/ BKV 2 P**	**BKV 3**	**BKV 4**	**ComfortPro**	**BKV-AS AG**	**VorsorgePro/ Vorsorge Pro P**	**Klinik Pro**
0 – 15 Jahre	1,85 €	3,84 €	9,17 €	35,55 €	6,27 €	2,49 €	5,02 €	5,99 €
16 – 66 Jahre	8,79 €	15,93 €	44,61 €	213,82 €	22,50 €	11,34 €	9,57 €	24,45 €
ab 67 Jahren	13,07 €	25,54 €	112,87 €	389,17 €	47,50 €	17,43 €	11,90 €	89,96 €

Alter	**BudgetPro 400/ BudgetPro 400 P**	**BudgetPro 800/ BudgetPro 800 P**	**BudgetPro 1200/ BudgetPro 1200 P**	**BudgetVorsorge/ BudgetVorsorge P**
0 – 15 Jahre	11,94 €	14,38 €	15,80 €	4,36 €
16 – 66 Jahre	17,51 €	28,46 €	38,94 €	7,28 €
ab 67 Jahren	32,27 €	62,56 €	89,46 €	8,42 €

Bei Arbeitgeber**teil**finanzierung und Arbeitnehmerfinanzierung

	Stufenbeiträge							
Alter	**BKV 1/ BKV 1 P**	**BKV 2 S/ BKV 2 P S**	**BKV 3 S**	**BKV 4 S**	**Comfort Pro S**	**BKV-AS**	**Vorsorge Pro S/ Vorsorge Pro P S**	**Klinik Pro S**
0 – 19 Jahre	–	4,34 €	10,36 €	36,69 €	7,65 €	2,26 €	6,02 €	6,43 €
20 – 29 Jahre	–	8,57 €	22,44 €	123,57 €	12,46 €	5,77 €	11,38 €	15,52 €
30 – 39 Jahre	–	13,12 €	36,18 €	189,51 €	17,43 €	8,66 €	11,38 €	23,26 €
40 – 49 Jahre	–	16,15 €	37,75 €	193,38 €	22,69 €	10,31 €	11,38 €	23,26 €
50 – 59 Jahre	–	20,37 €	52,37 €	226,44 €	29,71 €	13,56 €	11,38 €	39,26 €
60 – 64 Jahre	–	23,44 €	70,36 €	284,07 €	37,88 €	15,98 €	11,38 €	56,80 €
ab 65 Jahren	–	25,79 €	108,37 €	374,18 €	46,60 €	16,01 €	13,78 €	86,44 €

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.
Beiträge ohne Versicherungsteuer.

B.5 Merkblätter

Datenschutzinformationen nach Art. 12 ff. DSGVO (vormals „Merkblatt zur Datenverarbeitung“)

Stand: 15.04.2025 EU, Anlage **989**, SAP-Nr. **33 07 26**; 04/25 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 die folgenden:

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

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 zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

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 Lebens- oder Krankenversicherungsvertrages) 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 berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Absatz 1 f) DSGVO).

Unsere berechtigten Interessen bestehen u.a. in der Wahrung unternehmerischer und wirtschaftlicher Belange oder in der Verbesserung der Kundenbeziehungen bis hin zur Durchsetzung rechtlicher Ansprüche.

Dies kann insbesondere erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Bedarfsanalyse und direkten Kundenansprache,
- 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 Versicherungsmissbrauch hindeuten können.
- Zur Entwicklung und zum Training von KI-Systemen, vgl. Art. 3 Nr. 1 der EU-KI-VO (KI-Verordnung). Unser berechtigtes Interesse liegt insbesondere in der Entwicklung von solchen Systemen, sowie darin neue Systeme und Funktionalitäten für Nutzer eines Dienstes zu entwickeln, ein Dialogsystem anzubieten (z.B. Chatbot), unsere Produkte oder Dienstleistungen zu verbessern oder deren Sicherheit zu erhöhen, sowie betrügerischen Inhalte und Verhaltensweisen zu erkennen.
- Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.
- Zudem verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung interner Analysen, Auswertungen und Statistiken, um darauf aufbauend u.a. unsere Produkte, Prozesse oder den Vertrieb zu verbessen.
- Soweit es möglich und angemessen ist, werden personenbezogene Daten auch zur Erreichung der oben genannten Zwecke pseudonymisiert oder anonymisiert.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auch 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.

Neben der klassischen Kundenbetreuung bieten wir Ihnen oftmals die freiwillige Möglichkeit an, weitere Serviceangeboten von uns zu nutzen (u.a. Werbemailing, Kontaktaufnahme zur Information, Analysezwecke zur individuellen Angebotserstellung). Diesbezüglich verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zweckgebunden im Rahmen der erteilten Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) 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 und es rechtlich zulässig ist.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Einzelne Unternehmen in unserer Unternehmensgruppe „Konzern Versicherungskammer" übernehmen zentral für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen verschiedene Aufgaben der Datenverarbeitung. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten oder von Erklärungen, die mehrere Unternehmen unserer Gruppe betreffen (z.B. Einwilligungen oder Widerrufe) für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung durch ein Unternehmen oder mehrere Unternehmen unserer Gruppe gemeinsam verarbeitet werden. Soweit wir auf Basis der Würdigung der Umstände annehmen dürfen, dass Sie Post, E-Mails oder Zahlungen nicht an das für Ihr Anliegen zuständige Konzernunternehmen adressiert haben, bemühen wir uns in bestimmten Fällen fehladressierte Post und E-Mail-Eingänge sowie Zahlungen innerhalb des Konzerns an das zuständige Unternehmen weiterzuleiten.

Des Weiteren kann es Fälle geben, in denen wir zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z.B. aus dem Geldwäschegesetz) oder auf Basis berechtigter Interessen Daten an andere Gesellschaften der Gruppe weitergeben.

Die Übersicht, welche Unternehmen an einer zentralen oder gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen, erhalten Sie in der Dienstleisterliste vor Vertragsschluss. Die jeweils aktuellste Version der Dienstleisterliste finden Sie auf der Webseite Ihres Versicherers.

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe und zur Geltendmachung Ihrer Betroffenenrechte nach der DSGVO an das Unternehmen, mit dem Sie einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben.

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 der Dienstleisterliste auf 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

Ihnen stehen unter den gesetzlichen Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte als betroffene Person zu, die Sie uns gegenüber geltend machen können:

Auskunft: Sie sind berechtigt, im Rahmen von Art. 15 DSGVO von uns eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob wir Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeiten; ist dies der Fall, sind Sie im Rahmen von Art. 15 DSGVO ferner berechtigt, Auskunft über diese personenbezogenen Daten sowie bestimmte weitere Informationen (u.a. Verarbeitungszwecke, Kategorien personenbezogener Daten, Kategorien von Empfängern, geplante Speicherdauer, die Herkunft der Daten, den Einsatz einer automatisierten Entscheidungsfindung und im Fall des Drittlandtransfer die geeigneten Garantien) und eine Kopie Ihrer Daten zu erhalten.

Berichtigung: Sie sind berechtigt, nach Art. 16 DSGVO von uns zu verlangen, dass wir die über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten berichtigen, wenn diese unzutreffend oder fehlerhaft sind.

Löschung: Sie sind berechtigt, unter den Voraussetzungen von Art. 17 DSGVO von uns zu verlangen, dass wir Sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich löschen. Das Recht auf Löschung besteht u.a. nicht, wenn die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erforderlich ist für (i) die Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, (ii) zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, der wir unterliegen (z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten) oder (iii) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Einschränkung der Verarbeitung: Sie sind berechtigt, unter den Voraussetzungen von Art. 18 DSGVO von uns zu verlangen, dass wir die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einschränken.

Datenübertragbarkeit: Sie sind berechtigt, unter den Voraussetzungen von Art. 20 DSGVO von uns zu verlangen, dass wir Ihnen die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format übergeben oder an einen Dritten zu übermitteln.

Widerruf: Sie haben das Recht, Ihre erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

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.

Beschwerde bei einer DatenschutzAufsichtsbehörde: Sie sind berechtigt, unter den Voraussetzungen von Art. 77 DSGVO Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzulegen, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt. Das Beschwerderecht besteht unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs.

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 18
91522 Ansbach
Telefon: +49 (0) 9 81 18 00 93-0
Telefax: +49 (0) 9 81 18 00 93-8 00
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

Wir empfehlen Ihnen allerdings, sich mit Ihrem Anliegen zunächst immer an unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden.

Ihre Anträge über die Ausübung Ihrer Rechte sollten nach Möglichkeit in Textform an die unter „Verantwortlicher für die Datenverarbeitung" genannte Anschrift mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – gerichtet werden.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (gilt nicht für die Krankenversicherung)

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) 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 Anbieter des HIS erforderlich.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen des Anbieters. Diese finden Sie auf unserer Webseite unter www.vkb.de/datenschutz-his.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer bzw. Ihrem Nachversicherer

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

Bonitätsprüfung
Möglicherweise übermitteln wir 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 ein hierauf spezialisiertes Unternehmen, z.B. die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Abs. 1 a), 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 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 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
Eine Datenübermittlung in Drittstaaten (Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums – EWR) findet nur statt, soweit die Voraussetzungen der Art. 44 ff. DSGVO vorliegen.

Dies bedeutet zum Beispiel, dass dem Drittstaat durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder angemessene Datenschutzgarantien (z. B. EU-Standardvertragsklauseln) in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes vorhanden sind.

In Ausnahmen für bestimmte Fälle können Datenverarbeitungen z.B. auch mit Ihrer Einwilligung, aus wichtigen Gründen des öffentlichen Interesses oder zum Schutz lebenswichtiger Interessen erfolgen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen
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 zahlende Versicherungsprämie.

Unsere automatisierten Entscheidungen sind auf statistische Datenmodelle und Expertenwissen gestützt, die kontinuierlich weiterentwickelt werden und die Basis unserer Risikoprüfung bilden. Sie beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen. Diese Regeln werden auch von unseren Service-Mitarbeitern im Fall des Versicherungsabschlusses per Telefon oder bei Vertragsänderungen angewendet.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen sowie aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

Sie haben das Recht, diese automatisierten Entscheidungen von einer Person überprüfen zu lassen, Ihren eigenen Standpunkt darzulegen und die Entscheidung anzufechten.

Änderung der Datenschutzhinweise
Wir behalten uns das Recht vor, diese Datenschutzinformationen jederzeit zu ändern. Etwaige Änderungen werden durch Veröffentlichung der geänderten Datenschutzinformationen auf unserer Webseite bekannt gemacht. Soweit nicht ein anderes bestimmt ist, werden solche Änderungen sofort wirksam. Bitte prüfen Sie daher regelmäßig unsere Webseite (www.vkb.de/datenschutz), damit Ihnen die jeweils aktuelle Version der Datenschutzinformation vorliegt.