

## Krankheitskosten-Tarif MZ für zahnärztliche Heilbehandlung (Ärzte)

(Stand: 01.01.2009)

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

## A. Tarifleistungen

### Leistungen des Versicherers

#### 1. Zahnbehandlung

**100 %** der Aufwendungen für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums außer Zahnkronen.

#### 2. Zahnersatz und Kieferorthopädie

**80 %** der Aufwendungen für prothetische Leistungen (Zahnkronen, Brücken, Stiftzähne, Prothesen), Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

Die Erstattung der Aufwendungen ist für jede versicherte Person begrenzt auf insgesamt  
**1.650 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,  
**3.300 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren,  
**8.200 EUR** in jedem folgenden Versicherungsjahr.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen die genannten Höchstsätze in den ersten drei Versicherungsjahren. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MZ ab 4. Versicherungsjahr.

Unbegrenzte Leistungen werden vom 4. Versicherungsjahr an im Rahmen der tariflichen Erstattungssätze gewährt, wenn dem Versicherer vor Beginn der Behandlung die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen durch einen Heil- und Kostenplan nachgewiesen wird.

Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden den erstattungsfähigen Aufwendungen zugerechnet.

## B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

### Erläuterungen

1. Versicherungsfähig sind nur Ärzte sowie ihre Ehegatten und Kinder, die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben oder von ihnen wirtschaftlich abhängig sind. Bei Wegfall der Voraussetzungen endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif MZ zum Ende des laufenden Monats. In Anlehnung an § 3 Abs. 5 Satz 1 AVB hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Versicherung nach einem anderen für den Neuzugang offenen Krankheitskosten-Tarif für zahnärztliche Heilbehandlung fortzusetzen. § 1 Abs. 6 AVB gilt entsprechend.
2. Dieser Tarif kann nur zusätzlich zu einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung (Hauptversicherung) nach Tarif MA und/oder Tarif MS abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz erlischt für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Hauptversicherung.

## C. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.