

# Tarif MediGroup ZB für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages

(Stand: 01.09.2015)

## Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

### A. Allgemeine Bestimmungen

1. **Geltung des Gruppenversicherungsvertrages**  
Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) gelten in Verbindung mit den für den Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup ZB maßgeblichen Regelungen des zwischen dem jeweiligen Arbeitgeber und dem Versicherer abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrages.
2. **Versicherungsfähigkeit**  
Versicherungsfähig sind unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 2 AVB nur Personen, die
  - bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
  - Tarif MediGroup ZB im Rahmen des bestehenden Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

### B. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

1. **Zahnbehandlung**  
**100 %** der nach Vorleistung eines Trägers der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Inlays und Kronen, vgl. Abschnitt C.2) und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums.  
Werden keine Vorleistungen eines Trägers der GKV nachgewiesen, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen zu **80 %** erbracht.
2. **Zahnprophylaxe**  
**100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxemaßnahmen (vgl. Abschnitt C.6). Als Zahnprophylaxemaßnahmen werden erstattet:
  - Professionelle Zahnreinigung bis zu einem Betrag von **100 Euro** pro Kalenderjahr,
  - Versiegelung (Fissurenversiegelung),
  - Fluoridierung,
  - Speicheltest zur Keimbestimmung,
  - Erstellung eines Mundhygienestatus,
  - Kariesrisikodiagnostik.

### C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

#### Erläuterungen

1. Als Nachweis der Aufwendungen nach Abschnitt B.1 sind Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken der GKV vorzulegen.
2. Aufwendungen für Inlays/Einlagefüllungen und Kronen sind nicht versichert.
3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt. Die Höhe einer Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt müssen nachgewiesen werden.
4. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
5. Die Erstattung aus dem Tarif darf zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
6. Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.
7. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins bei der versicherten Person erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.

## **D. Ende der Versicherung/Fortführung/Obliegenheit**

### **Erläuterungen**

1. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis (vgl. Abschnitt A.2) kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV oder dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages (vgl. Abschnitt A.2) unverzüglich zu unterrichten.
3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen, sofern der Versicherungsschutz nicht in der Einzelversicherung fortgesetzt wird.

## **E. Beiträge**

### **Beitragsberechnung**

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.