



Tarif CSS.flexi

Ergänzungstarif für Zuzahlungen, Vorsorgeuntersuchungen, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Heilpraktikerbehandlung, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Tarif CSS.flexi ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Tarif CSS.flexi sieht die Bausteine Gesundheit plus, Heilpraktiker, Zahnbehandlung, Zahnersatz basis und Zahnersatz top vor. Der Abschluss des Tarifes CSS.flexi ist nur bei Wahl von mindestens 2 Bausteinen möglich. Die Tarife (inkl. Anhang) der einzelnen Bausteine sind dabei integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif CSS.flexi können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif entfällt mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der GKV dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung nach dem Tarif CSS.flexi endet für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Soweit Ansprüche auf Leistungen der GKV bestehen, sind diese wahrzunehmen. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt).

Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob sie wahrgenommen werden oder nicht, als Leistungen der GKV gemäß vorliegendem Tarif angerechnet. Als Leistungen der GKV gelten insbesondere auch solche Leistungen, auf die in der GKV verzichtet wurde oder für die die GKV im Einzelfall deswegen nicht leistet, weil mit dem Behandler kein Vertrag besteht.

Für die Leistungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in der Europäischen Union (EU). Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Für Leistungen gemäß der Bausteine Zahnersatz basis, Zahnersatz top und Zahnbehandlung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf in Deutschland erbrachte Leistungen. Im Ausland erbrachte Zahnleistungen sind nur im Notfall erstattungsfähig oder wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugestimmt hat. Generell wird bei geplanten umfangreichen Zahnersatzbehandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

Für Leistungen bei Auslandsreisen gemäß Baustein Gesundheit plus gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Selbstbehalt in der gesetzlichen Krankenversicherung

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Art. 2 Schadenfreiheitsklassen

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen vor:

| Klasse | Beitragssatz in % des Tarifgrundbeitrags |
|--------|---|
| SF 0 | 100 |
| SF 1 | 100 |
| SF 2 | 100 |
| SF 3 | 100 |
| SF 4 | 100 |
| SF 5 | 100 |
| SF 6 | 95 |
| SF 7 | 90 |
| SF 8 | 85 |
| SF 9 | 80 |
| SF 10 | 75 |

Der zu einer Schadenfreiheitsklasse gehörige Beitragssatz wird auf den dem erreichten Alter entsprechenden Tarifbeitrag angewendet (also ohne Berücksichtigung eines Tarifzuschlags und eines Risikozuschlags). Der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt (SFR) bis zu 25 % vor. Zum Versicherungsbeginn erfolgt die Einstufung in die Klasse SF 5 (100 % des Tarifgrundbeitrages). Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächsthöhere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in Klasse SF 10), wenn die Versicherung zum 30. September des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 1. Oktober des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Maßgebend ist hier der Termin, an dem der Versicherer die Zahlung geleistet hat. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als bis zur Klasse SF 0). Nur bei kurzfristigen Auslandsreisen unvorhergesehene Leistungen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft bleiben ohne Einfluss auf den SFR. Eine Leistung aus einem versicherten Baustein vermindert den SFR in allen abgeschlossenen Bausteinen des Tarifs CSS.flexi. Zur Erhöhung des SFR muss in diesem Baustein und allen anderen abgeschlossenen Bausteinen Leistungsfreiheit vorliegen.

Artikelverzeichnis der Bausteine

| | |
|----------|---|
| Art. 1 | Baustein Gesundheit plus |
| Art. 2 | Vorsorgeuntersuchungen |
| Art. 3 | Zuzahlungen |
| Art. 4 | Brillen und Kontaktlinsen |
| Art. 5 | Mehrkosten bei stationärer Behandlung |
| Art. 6 | Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen |
| Art. 7 | Option |
| Art. 7 | Tarifbeitrag |
| Art. 1 | Baustein Heilpraktiker |
| Art. 2 | Naturheilverfahren und Heilpraktiker |
| Art. 2 | Tarifbeitrag |
| Art. 1 | Baustein Zahnbehandlung |
| Art. 1.1 | Versicherungsleistungen |
| Art. 1.1 | Zahnbehandlung |
| Art. 1.2 | Zahnprophylaxe |
| Art. 1.3 | Kieferorthopädische Behandlung |
| Art. 1.4 | Zahnärzte ohne Kassenzulassung |
| Art. 1.5 | Heil- und Kostenpläne |
| Art. 1.6 | Wartezeiten |
| Art. 1.7 | Option |
| Art. 2 | Tarifbeitrag |
| Art. 1 | Baustein Zahnersatz top |
| Art. 1 | Versicherungsleistungen |
| Art. 1.1 | Zahnersatz |
| Art. 1.2 | Zahnärzte ohne Kassenzulassung |
| Art. 1.3 | Heil- und Kostenpläne |
| Art. 2 | Tarifbeitrag |
| Art. 1 | Baustein Zahnersatz basis |
| Art. 1 | Versicherungsleistungen |
| Art. 1.1 | Zahnersatz |
| Art. 1.2 | Zahnärzte ohne Kassenzulassung |
| Art. 1.3 | Heil- und Kostenpläne |
| Art. 2 | Tarifbeitrag |

Tarif CSS.flexi Baustein Zahnbehandlung

**Ergänzungstarif für Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie für Personen,
die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören
Version 06.2007**

Der Baustein Zahnbehandlung ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen. Neben diesem Baustein dürfen bei CSS und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung im Inland bestehen.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Herrngasse 8, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

1.1 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ bei Zahnbehandlung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100 %.

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen), chirurgische Maßnahmen (z.B. Wurzelspitzenresektion), parodontologische Leistungen (z.B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis parapathogener Keime), Schienen- und Aufbissbehelfe.

1.2 Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet im Rahmen der GOZ bzw. der GOÄ, d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ bei Zahnprophylaxe 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100 %.

Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

1.3 Kieferorthopädische Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der GOZ bzw. der GOÄ, d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern für die Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht. Sofern für die Behandlung grundsätzlich ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht, werden für nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen bei KIG 3-5 80 % des Rechnungsbetrages bis max. EUR 600 je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt, insbesondere Mini-Metall, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, funktionsanalytische/-funktionstherapeutische Maßnahmen. Weitere kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt nur die tarifliche Leistung für Mehrkostenvereinbarungen. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z.B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit den dafür vorgesehenen tariflichen Sätzen erstattet.

1.4 Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die ihre Kassenzulassung abgegeben haben, wird der fiktive Betrag, den die GKV erstattet hätte, abgezogen. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.5 Heil- und Kostenpläne

Die bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Generell wird bei geplanten umfangreicheren kieferorthopädischen Behandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

1.6 Wartezeiten

Für die Leistungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe entfallen die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

1.7 Option

Personen, die in diesem Tarif versichert sind, können innerhalb von drei Monaten nach Vollendung des 17. Lebensjahres verlangen, ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit in einen von ihnen ausgewählten für den Neuzugang offenen Tarif des Versicherers mit Leistungen für Zahnersatz aufgenommen zu werden. Der neue Tarif beginnt dann zum 01. des auf den Antrag folgenden Monats.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämien-erhebung gültige Version des Anhanges.

Tarif CSS.flexi Baustein Zahnersatz top

Ergänzungstarif für Zahnersatz für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören
Version 06.2007

Der Baustein Zahnersatz top ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen. Neben diesem Tarif dürfen bei CSS und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnersatz im Inland bestehen.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

1.1 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ bei Zahnersatz für zahnärztliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, abzüglich den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers. Kann der Patient durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag bei Nachweis von 5 Jahren auf 85 %, bei Nachweis von 10 Jahren auf 90 %. Wird nur die Regelversorgung der gesetzlichen Kasse in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 %. Vorleistungen der GKV oder anderer Träger werden von der maximal möglichen Erstattung abgezogen.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Teilkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen), funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz sowie Implantate. Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochen-aufbauenden Maßnahmen.

1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die ihre Kassenzulassung abgegeben haben, wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet. Dieser beträgt bei Zahnersatz 40 %, bei Implantaten und Inlays 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.3 Heil- und Kostenpläne

Die bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Generell wird bei geplanten umfangreicheren Behandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämienhebung gültige Version des Anhanges.