

Ihr Ansprechpartner in Sachsen-Anhalt ist Frau Jana Weinreis, Ärztebeauftragte, Tel.: 039268/32944, Handy: 0151/57767765
Weitergehende Informationen finden Sie unter www.inter.de
oder Sie mailen uns unter: jana.weinreis@inter.de

Wesentliche Bestimmungen des
RAHMENVERTRAGES

zwischen

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Große Diesdorfer Str. 162

39110 Magdeburg

- nachstehend kurz "Vertragspartner" genannt -

und der

I N T E R Krankenversicherung aG

Erzbergerstraße 9-15

68165 Mannheim

- nachstehend kurz "INTER" genannt -

1. Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages ist die Bereitstellung von privatem Krankenversicherungsschutz für die Mitglieder des Vertragspartners.

2. Versicherbarer Personenkreis

Im Rahmen des Vertrages kann der nach folgenden Merkmalen umschriebene Personenkreis versichert werden:

Alle Mitglieder des Vertragspartners, soweit für diese Personen bisher von der INTER weder ein Vertrag gekündigt noch ein Antrag abgelehnt wurde.

Versicherungsnehmer sind die dem Personenkreis nach Satz 1 angehörenden Personen, die mit der INTER einen Versicherungsvertrag schließen.

Familienangehörige - Ehegatten und unterhaltsberechtigte Kinder - können als mitversicherte Personen versichert werden.

3. Aufnahme/Gesundheitsprüfung

Für jeden Versicherungsnehmer ist ein Antrag vollständig auszufüllen und von diesem zu unterzeichnen. Insbesondere sind die darin enthaltenen Gesundheitsfragen für alle zu versichernden Personen zu beantworten.

Die INTER verpflichtet sich, alle aufgrund dieses Vertrages versicherbaren Personen aufzunehmen.

Soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, kann die INTER Krankheiten und deren Folgen vom Versicherungsschutz ausschliessen oder deren Einschluss von der Zahlung eines Beitragszuschlags abhängig machen.

Der Versicherungsnehmer erhält von der INTER einen Versicherungsschein, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Bestimmungen dieses Rahmenvertrages und die Satzung der INTER Krankenversicherung aG.

4. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

4.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Der in Nr. 2 umschriebene Personenkreis kann nach den folgenden Tarifen versichert werden:

4.1.1 Krankheitskostenvollversicherungen

ZAK für Zahnärzte/Basistarife BSS, BSZ / VarioLine

4.1.2 Krankheitskostenzusatzversicherungen

a) für das Krankenhaus: VW, KH100/3

b) für den Zahnbereich: ZHN

b) für den ambulanten und Zahnbereich: ProLine (GE1, GZE1, GZE79)

4.1.2 Krankenhaustagegeldversicherung:

Tarif KHT

4.1.3 Krankentagegeldversicherung:

a) für den niedergelassenen Zahnarzt: Tarif TMN

b) für den angestellten Zahnarzt: Tarif TMA

4.1.4 **Pflegetagegeldversicherung:**
Tarif PTN

4.1.5 **Pflege-Pflichtversicherung:**
a) Tarif PVN ohne Beihilfeanspruch
b) Tarif PVB mit Beihilfeanspruch

Es gelten, soweit dieser Rahmenvertrag abweichend nichts anderes bestimmt, die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Einzelversicherung.

4.2 **Umfang des Versicherungsschutzes**

Er ergibt sich aus diesem Rahmenvertrag, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der für die einzelne Versicherung jeweils geltenden Fassung sowie den gesetzlichen Vorschriften.

5. **Rechtsanspruch auf Versicherungsleistungen**

Rechte auf Leistungen aus den einzelnen Versicherungen stehen nur dem Versicherungsnehmer zu.

6. **Beitragszahlung**

Beitragsschuldner ist der Versicherungsnehmer.

Die Gewährung von Vergünstigungen nach diesem Vertrag setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer die INTER ermächtigt, die Beiträge im Rahmen der Abbuchung vom Konto eines Geldinstituts einzuziehen.

Werden die Beiträge nicht rechtzeitig entrichtet, wird der Versicherungsnehmer nach den §§ 38 und 39 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gemahnt.

7. **Vergünstigungen/Voraussetzungen**

7.1 **Wartezeiten**

Die tariflichen Wartezeiten entfallen, mit Ausnahme der besonderen achtmonatigen Wartezeit für Zahnersatz (sofern eine solche in den Versicherungsbedingungen vorgesehen ist) sowie der Wartezeit in der Pflegetagegeldversicherung und der Pflege-Pflichtversicherung. Für Schwangerschaft und Entbindung besteht Leistungsanspruch, sofern die Schwangerschaft nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

7.2 **Nachleistungspflicht**

Für die beim Ausscheiden einer versicherten Person aus dem Rahmenvertrag laufenden Krankheitsfälle besteht aus der Krankheitskostenversicherung – ebenso wie aus der Krankenhaustagegeld-Versicherung – noch eine Nachleistungspflicht der INTER bis zu vier Wochen.

7.3 Beiträge

Es gelten - mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung - die ermäßigten Beiträge für die Rahmenversicherung nach Typ A nach den jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen der INTER. Für Neuversicherungen ergeben sich die monatlichen Beitragsraten pro Person aus den Beitragstabellen für die Tarife gemäß Nr. 4.1 dieses Rahmenvertrages.

7.4 Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, den Vorschriften der Satzung und den Beschlussfassungen der Mitgliedervertreter-Versammlung vorgenommen (siehe auch AVB § 4 Teil II).

Die Beitragsrückerstattung wird erstmals für Leistungsfreiheit im Jahr 2001 in Höhe von 3 maßgeblichen Monatsbeiträgen gezahlt, und zwar nach Maßgabe der von der Mitgliedervertreter-Versammlung festgelegten Voraussetzungen. Die Auszahlung erfolgt Ende des 3. Quartals 2002. Auch für Leistungsfreiheit im Jahr 2002 ist eine Beitragsrückerstattung beschlossen. Eine Beitragsrückerstattung für die Folgejahre hängt ab von entsprechenden Beschlüssen der Mitgliedervertreter-Versammlung. Die Versicherungsnehmer werden hierzu rechtzeitig informiert.

8. Beendigung der Versicherung im Rahmenvertrag / Fortführung als Einzelversicherung

8.1 Beendigung der Versicherung im Rahmenvertrag

Die Versicherung im Rahmenvertrag endet für die betroffenen Personen zum Schluss des Monats, in dem die in Nr. 2 genannten Voraussetzungen für die Versicherbarkeit entfallen oder eines der Ereignisse eintritt, die nach den Versicherungsbedingungen (AVB) der dem Rahmenvertrag zugrundeliegenden Tarife eine Beendigung der Versicherung bewirken.

8.2 Fortführung als Einzelversicherung

Aus diesem Rahmenvertrag ausscheidende Versicherte haben das Recht, die Versicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach gleichartigen Tarifen des Versicherers zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen, wenn die Fortführung der Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus diesem Rahmenvertrag schriftlich beim Versicherer beantragt wird. Insbesondere wird die im Gruppenversicherungsvertrag vom 15.03.91/07.03.91 nebst Nachträgen zurückgelegte Versicherungsdauer auf die Fristen und Wartezeiten der für die Einzelversicherung geltenden AVB angerechnet, soweit es sich um Leistungen handelt, die auch Inhalt des Gruppenversicherungsvertrages vom 15.03.91/07.03.91 nebst Nachträgen waren.

Entsprechendes gilt, wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Vergünstigungen (insbesondere die Mindestzahl) nicht mehr gegeben sind und die Versicherung im Rahmenvertrag aus diesem Grund endet.