münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Ausgabe 12/2015

Deutsche ZahnVersicherung

Zahnersatz

Tarifstufen
570
571

Die Tarifbedingungen für die Deutsche ZahnVersicherung gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

100 44 95/00 (12.15)

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstr. 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

1. Inhalt und Leistungen der Zahnersatz-Zusatzversicherung (Tarifstufen 570, 571)

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

   a) Zahnersatz:
   Kronen; Onlays; Veneers; Brücken; Brückenglieder; Implantat getragener Zahnersatz und Implantate einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Maßnahmen wie z. B. Knochenaufbau; Prothesen; Verblendungen bis zum Zahn 6; Reparaturen;

   b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen;

   c) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen;

   d) sowie die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

2. Erstattet werden

   a) 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung im Rahmen der zahnärztlichen Regelversorgung (ohne privatärztlichen Vergütungsanteil) durchgeführt wird,

   b) in **Tarifstufe 570**: 75 %
   in **Tarifstufe 571**: 90 %

   der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung ganz oder teilweise im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) durchgeführt wird.

   Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung gemäß Buchstabe 2 b) bis zu den Höchstsätzen[1] der GOZ bzw. GOÄ.

   Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den der zahnärztlichen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

   Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

3. In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person wie folgt:

   a) im ersten Versicherungsjahr bis zu 300 EUR,
   b) in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 600 EUR,
   c) in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 900 EUR,
   d) in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.200 EUR.

   Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

   Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, wird auch in den ersten vier Versicherungsjahren unbegrenzt geleistet. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

4. Bei einer bevorstehenden Zahnersatzmaßnahme rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

5. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

6. Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder Zahnersatz von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

   Für Zahnersatzmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

   Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch.

2. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

3. Leistungsnachweis

1. Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

[1] Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

2. Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

4. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Anhang

§ 95 Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).