

Tarif ZE / ZT

Zahnezusatzversicherung

Zahnersatz (ZE) und Zahnersatz-Top (ZT)

Geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife)

Teil III Tarife

Zahnersatz

Die Tarife ZE und ZT gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013),
 Teil II – Tarifbedingungen (TB/KK) und den
 Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach
 Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

1. Aufnahmefähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind bzw. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Die besondere Wartezeit beträgt für die nachfolgend beschriebenen, tariflichen Leistungen acht Monate.

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Teilkronen, Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Inlays, Onlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen), vorbereitende therapeutische und diagnostische Leistungen, das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen, implantologische Leistungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verblendungen (auch Keramikverblendungen) bis einschließlich Zahn 8.

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 knochenbauenden Maßnahmen.

Die oben genannten Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen für Zahnersatz sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen werden wie folgt erstattet:

| Gesamtleistung (inkl. Vorleistung) | |
|------------------------------------|--------------------|
| ZE | ZT |
| 40 % | 80 % |
| 45 % ^{*)} | 85 % ^{*)} |

^{*)} Weist der Versicherte durch ein Bonusheft bzw. durch Nachweis in der Leistungsabrechnung der GKV nach, dass er in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung an Vorsorgeuntersuchungen zur Gesunderhaltung der Zähne teilgenommen hat, erhöht sich der maximale Erstattungssatz auf 45 % (ZE) bzw. 85 % (ZT). Dies gilt nicht für Inlays und Onlays.

Wählen die Versicherten keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden Zahnersatz, werden die oben genannten Aufwendungen zu 100 % erstattet.

Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge und Leistungen anderer Zahnersatztarife werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge bestehen, sind diese wahrzunehmen. Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge über die gewährten Leistungen sind einzureichen. Die Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

Als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge gilt der befundbezogene Festzuschuss für die Zahnersatz-Regelversorgung. Für Inlays und Onlays gelten die Vorleistungen für konservierende Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V. Der Erstattungsbetrag ist insgesamt auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

3. Leistungserbringer

Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung wird der Erstattungsbetrag pauschal um 30 % gekürzt.

4. Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung wird in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

| | |
|----------------------|---------|
| 1. Versicherungsjahr | 500 € |
| 2. Versicherungsjahr | 1.000 € |
| 3. Versicherungsjahr | 1.500 € |
| 4. Versicherungsjahr | 2.000 € |

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfall bedingten Aufwendungen.

5. Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den Regelungen von § 8 der Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II sowie den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

6. Fortfall der Versicherungsfähigkeit und Ende der Versicherung

Die Versicherungsfähigkeit und der Leistungsanspruch nach diesen Tarifen entfallen mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV bzw. der freien Heilfürsorge endet. Für eine rückwirkende Vertragsaufhebung hat der Versicherungsnehmer eine Kündigung binnen drei Monaten nach Beendigung der Versicherungsfähigkeit auszusprechen. Eine spätere Kündigung wird zum Ende des Monats wirksam, in dem der Fortfall der Voraussetzung nachgewiesen wird.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.