

Tarif ZB

Zahnzusatzversicherung

Zahnbehandlung (ZB)

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil III Tarife

Zahnbehandlung

Der Tarif ZB gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, gültig 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 diesen Tarif 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, Anspruch auf freie Heilfürsorge haben und zusätzlich bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach einem der Tarife AZ ZAHN, ZE oder ZT versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach den genannten Tarifen, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif ZB.

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

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Kieferorthopädie und Anästhesie.

a) Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet bei Zahnbehandlung (ohne Inlays und Onlays) im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge max. 100 %.

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z. B. plastische Füllungen, Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, Wurzelkanalbehandlungen), ausgenommen Inlays und Onlays; chirurgische Leistungen einschließlich Wundrevision sowie Nachbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Zahnkeimentfernung); parodontologische Leistungen (z. B. Bestimmung des Parodontalstatus, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, Weichgewebsmaßnahmen z. B. Abtragung sowie chirurgische Wiederherstellung des Zahnfleisches, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte) sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen („Knirscherschiene“) einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann.

b) Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet bei Zahnprophylaxe 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge max. 100 %. Die Erstattungsleistungen sind auf 150 € innerhalb von zwei Versicherungsjahren beschränkt. Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Entfernung weicher und harter Zahnbeläge, Versiegelung (auch Fissurenversiegelung), Fluoridierung, Speichelttest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

c) Kieferorthopädie

Für kieferorthopädische Behandlungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, zusammen mit den Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge maximal 100 %.

Soweit für die Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV bzw. der freien Heilfürsorge besteht, sind die Erstattungen auf insgesamt 2.000 € je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

Besteht ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV bzw. der freien Heilfürsorge, werden die unter diesen Leistungsanspruch fallenden Mehrkosten zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt. Die Erstattungen sind hierbei auf insgesamt 600 € je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV bzw. der freien Heilfürsorge eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge. Kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge besteht z. B. bei Einstufungen in KIG 1 bzw. KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

Die bei der GKV bzw. der freien Heilfürsorge einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Leistungserbringer.

d) Anästhesie

Im Rahmen einer medizinisch notwendigen, gleichzeitigen Entfernung von mehr als zwei Weisheitszähnen erstattet der Versicherer die nicht durch die GKV bzw. der freien Heilfürsorge erstatteten Narkosekosten zu 100 % mit einem maximalen Erstattungsbetrag von 500 €.

3. Leistungserbringer

Für zahnärztliche Behandlungen gemäß 2a und 2d dieses Tarifs (Zahnbehandlung, Anästhesiekosten) wird bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung der Erstattungsbetrag pauschal um 30 % gekürzt. Bei Zahnärzten mit Kassenzulassung sind die Vorleistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge in Anspruch zu nehmen.

Für kieferorthopädische Leistungen entfällt bei Kieferorthopäden ohne Kassenzulassung der Leistungsanspruch.

4. Erstattungshöchstbeträge

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

1. Versicherungsjahr	250 €
2. Versicherungsjahr	500 €
3. Versicherungsjahr	1.000 €
4. Versicherungsjahr	1.500 €

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten 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. 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.