

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental 90 mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.07.2021)

1. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif JA dental 90 können Personen versichert werden, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif JA dental 90 für die betreffende Person mit dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

2. Versicherungsvoraussetzung

2.1. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als einem fehlenden Zahn.

Als fehlend im Sinne dieses Tarifes gelten Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht. Weisheitszähne und Milchzähne zählen nicht zu den fehlenden Zähnen.

2.2. Wartezeiten

Abweichend von § 3 (3) AVB/JS entfallen alle Wartezeiten.

3. Versicherte Aufwendungen

Für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

Im Versicherungsfall werden die nachstehenden Aufwendungen erstattet:

3.1. Zahnbehandlung

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV zu 100 %.

Inlays und Kronen gelten als Zahnersatz nach Ziff.3.3, Fissurenversiegelungen zählen zur Zahnmedizinischen Individualprophylaxe nach Ziff. 3.2

Als Zahnbehandlung gelten:

- allgemeine und konservierende Leistungen. Hierzu gehören u.a. Wurzelspitzen-Resektionen, Wurzelbehandlungen und Wurzelkanal-Behandlungen inklusive elektrometrischer Wurzellängenmessung sowie der Behandlung mit dem OP-Mikroskop sowie plastische Füllungen insbesondere Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums, inklusive VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalyse, DNA-Test

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumentomographie)

- Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen
- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen)

3.2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen. Die maximale Erstattung des Versicherten beträgt 150 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Als zahnmedizinische Individualprophylaxe gelten:

- Professionelle Zahnreinigung
- Versiegelung (Fissurenversiegelung)
- Fluoridierung
- Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test)
- Erstellung eines Mundhygienestatus
- Kontrolle des Übungserfolges
- Kariesrisikodiagnostik

Für die Durchführung können auch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) in Anspruch genommen werden.

3.3. Zahnersatz

Ersetzt werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen wurde.

Sofern nicht die Regelversorgung, sondern eine höherwertige Versorgungsform gewählt wird, gilt:

- Es werden 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.
- Sofern für eine Zahnersatzmaßnahme, die ab dem 5. Kalenderjahr nach Versicherungsbeginn oder später durchgeführt wird, bei der GKV kein erhöhter Festzuschuss aufgrund eines mindestens 5 Jahre lang lückenlos geführten Bonusheftes besteht, reduziert sich der Erstattungssatz auf 80%.

Das erste Kalenderjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember.

Als Zahnersatz gelten:

- Einlagenfüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stützabutments, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur)
- implantologische Leistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden chirurgischen Leistungen und der Suprakonstruktionen und der Leistungen für weichgewebs- und knochenbauende Maßnahmen

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumentomographie)
- Laserbehandlungen inklusive photoaktivierter Chemotherapie
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental 90 mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.07.2021)

- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten), u.a. auch CEREC-Versorgungen.
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen)

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadranten bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig.

Eine generelle Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor.

3.4. Kieferorthopädie

Ersetzt werden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, sofern eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss.

(1) Bei Beginn der Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres:

a) Ersetzt werden 100% der Aufwendungen, wenn keine Leistungspflicht der GKV besteht, weil die Maßnahme nicht einer der Kieferindikationsgruppen 3 bis 5 zuzuordnen ist. Der Erstattungsbetrag ist dann über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 4.000 Euro begrenzt.

b) Besteht eine Leistungspflicht der GKV, werden 100% nach Vorleistung der GKV verbleibenden der Aufwendungen erstattet. Der Erstattungsbetrag ist dabei über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 2.000 Euro begrenzt.

(2) Bei Beginn der Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres:

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen, die nach eventueller Vorleistung der GKV verbleiben, sofern die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Der Erstattungsbetrag ist dabei auf maximal 2.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.

Als kieferorthopädische Leistungen gelten u.a. auch:

- Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets
- unsichtbare Zahnsperre (Invisalign)
- Lingualtechnik
- festsitzender Retainer
- konfektionierte herausnehmbare Geräte
- festsitzender Lückenhalter
- farbige oder farblose Bögen und Teilbögen
- thermisch programmierbare oder plastische Bögen und Teilbögen
- Pendulum
- Distal-Jet

einschließlich der in Verbindung mit diesen Leistungen notwendigen

- Anästhesie- und chirurgischen Leistungen
- Bildaufnahmen (z.B. Röntgenbilder oder digitale Volumentomographie)
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen
- zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten)
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (auch DROS-Schienen).

3.5. Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für schmerzausschaltende Maßnahmen beim Zahnarzt, für die die GKV nicht leistungspflichtig ist. Die maximale Erstattung des Versicherers beträgt 250 Euro innerhalb eines Kalenderjahres.

Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, für die die GKV nicht leistungspflichtig ist, können z.B. sein:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf)
- Vollnarkose
- Lachgas-Sedierung
- Akupunktur
- Hypnose

3.6. Leistungsbegrenzung (Zahnstapel)

Die Erstattung des Versicherers nach den Ziffern 3.1. und 3.3. bis 3.5. ist ab Versicherungsbeginn begrenzt auf maximal:

- 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr
- 2.000 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren
- 3.000 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 4.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren

Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Das erste Kalenderjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember.

3.7. Anrechnung von Leistungen der GKV

Sofern eine Vorleistung der GKV in Anspruch genommen werden kann, wird diese von den tariflichen Leistungen abgezogen. Ein vereinbarter Selbstbehalt mit der GKV (z. B. im Rahmen eines Wahltarifs) gilt ebenfalls als Vorleistung und wird nicht erstattet.

Werden für die gewählte Versorgung von der GKV zu erstattende Leistungen nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde), werden pauschal 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen. Tariflich bestehende Leistungsobergrenzen (auch die Zahnstapelbeträge) gelten dabei unverändert fort.

4. Zahnärztliches Honorar

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Erstattungsfähig sind Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung.

5. Heil- und Kostenpläne

Es wird empfohlen vor Inanspruchnahme von umfangreichen Maßnahmen (insbesondere bei Zahnersatz und Kieferorthopädie) einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet in diesem Fall die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans, verpflichtet sich diesen unverzüglich zu prüfen und teilt die Höhe der zu erwartenden Leistung mit. Wird der Plan nicht eingereicht, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

6. Sonstige Bestimmungen

Die Leistung der GKV bzw. die Leistungsablehnung durch die GKV muss auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem Selbstbehalt angegeben sein.

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA dental 90 mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.07.2021)

7. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom laufenden Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe § 8a Abs. 3 AVB/JS). Gemäß dem so errechneten Alter wird die versicherte Person einer der nachfolgenden Altersgruppen zugeordnet, die für den Beitrag maßgebend sind:

- 0 bis 20 Jahre (Kinder und Jugendliche)
- 21 bis 25 Jahre
- 26 bis 30 Jahre
- 31 bis 35 Jahre
- 36 bis 40 Jahre
- 41 bis 45 Jahre
- 46 bis 50 Jahre
- 51 bis 55 Jahre
- 56 bis 60 Jahre
- 61 Jahre und älter

Der gültige Beitrag für die erreichte Altersgruppe einer versicherten Person ist auf dem aktuellen Versicherungsschein ersichtlich, ebenso die jeweils gültigen Beiträge für alle anderen Altersgruppen.