

Tarifbedingungen für die Zahnzusatzversicherung nach Tarif ZahnPremium Z14 als Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung (Fassung 01.09.2021)

Inhaltsübersicht

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Erstattungsfähige Aufwendungen
- 3 Leistungsausschluss
- 4 Wartezeit/Leistungsstaffel
- 5 Gebührenordnungen
- 6 Berücksichtigung von durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht erbrachten Leistungen
- 7 Einzureichende Unterlagen
- 8 Anpassung von Beiträgen
- 9 Innovationsgarantie
- 10 Was passiert, wenn sich der Festzuschuss der GKV ändert?

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung der versicherten Person die hierfür entstandenen Aufwendungen gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.1 Zahnbehandlung

2.1.1 Als Zahnbehandlung gelten:

- Wurzelbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen,
- Kunststofffüllungen,
- zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung, Fissurenversiegelung, Erstellung eines Mundhygienestatus),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (z.B. auch DROS- Schienen), die nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen,

einschließlich der damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien. Ausgeschlossen sind funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

2.1.2 Höhe der Leistungen

Wir ersetzen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

2.2 Zahnersatz

2.2.1 Als Zahnersatz gelten:

- Einlagefüllungen (Inlays),
- Zahnkronen, Zahnteilkronen, Verblendungen, Keramikverblendschalen (Veneers) und Onlays,
- Zahnbrücken,
- Stiftzähne,
- Zahnprothesen (Voll- oder Teilprothesen),
- Implantate und auf Implantaten sitzender Zahnersatz einschließlich Knochenaufbau, digitalem Röntgen und digitaler Volumentomographie,
- Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen),

einschließlich der damit verbundenen

- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen,
- zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Kiefer für alle Zähne erstattungsfähig.

2.2.2 Höhe der Leistungen

Wir ersetzen 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Bei Einlagefüllungen (Inlays) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen, oder ist der medizinisch notwendige Zahnersatz nachweislich und ausschließlich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

2.3 Kieferorthopädische Behandlung

Wir ersetzen 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung einer Zahn- oder Kieferfehlstellung, abzüglich der Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers, sofern die jeweilige

versicherte Person zu Beginn der Behandlung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Unter die erstattungsfähigen Aufwendungen fallen beispielsweise auch Kosten für

- Mini-, Keramik- und Kunststoffbrackets,
- Lingualtechnik,
- farbige/farblose Bögen/Teilbögen sowie festsitzende Retainer.

Erstattungsfähig sind auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Nicht erstattungsfähig ist der Eigenanteil, der nach Abschluss der Behandlung von der GKV zurückerstattet wird (§ 29 Sozialgesetzbuch, fünftes Buch).

Die Leistung während der gesamten Vertragslaufzeit ist je versicherte Person bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen 1 und 2 (KIG) auf 4.000 €, bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen 3 bis 5 (KIG) auf 2.000 € begrenzt.

2.4 Einmalleistung nach Unfall

Führt ein nach Versicherungsbeginn eingetretener Unfall der versicherten Person nachweislich zu einer ausschließlich unfallbedingten medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung einer Zahn- bzw. Kieferfehlstellung oder wird ausschließlich unfallbedingt Zahnersatz nach Ziffer 2.2.1 medizinisch notwendig, wird eine Einmalleistung in Höhe von 1.000 € erbracht.

2.5 Akupunktur, Hypnose, Narkosemaßnahmen

Wir ersetzen die Aufwendungen für Akupunktur und Hypnose zur Schmerztherapie und Anästhesie sowie die Durchführung einer Narkosemaßnahme. Als Narkosemaßnahme gelten:

- Vollnarkose
- Lachgassedierung
- Analgosedierung (Dämmerschlaf)

Voraussetzung ist, dass diese Aufwendungen in direktem Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Behandlung nach Ziffer 2.1 oder 2.2 stehen.

Wir ersetzen 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

2.6 Zweite Zahnarztmeinung

Wird auf Grund einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung eine zweite Zahnarztmeinung (auch z. B. über Internetdienste) eingeholt, werden die dafür entstandenen Kosten je versicherte Person bis zu 50 € je Kalenderjahr ersetzt, soweit diese nicht von der GKV oder einem sonstigen Kostenträger übernommen werden. Eine Anrechnung dieser Kostenerstattung auf die Leistungsstaffel nach Ziffer 4.2 erfolgt nicht.

3 Leistungsausschluss

Wir ersetzen keine Aufwendungen für

- bereits vor Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen,

- die erstmalige Versorgung von bei Vertragsabschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten bleibenden Zähnen, wenn bei Vertragsabschluss mehr als ein bleibender Zahn fehlt, der noch nicht dauerhaft ersetzt ist.

4 Wartezeit/Leistungsstaffel

4.1

Abweichend von Ziffer 3 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) gelten keine Wartezeiten.

4.2

Unsere Leistungen sind in den ersten vier Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn je versicherte Person insgesamt begrenzt auf einen Betrag von höchstens

- 1.500 € im ersten Kalenderjahr (1. Leistungsabschnitt),
- 3.000 € in den ersten zwei Kalenderjahren zusammen (2. Leistungsabschnitt),
- 4.500 € in den ersten drei Kalenderjahren zusammen (3. Leistungsabschnitt),
- 6.000 € in den ersten vier Kalenderjahren zusammen (4. Leistungsabschnitt).

Der Zeitpunkt der Behandlung bestimmt die Zuordnung zu einem Leistungsabschnitt. Aufwendungen, die nicht ersetzt werden, weil sie den Höchstbetrag eines Leistungsabschnitts übersteigen, können nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Höchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

4.3

Die Begrenzungen der Leistungsstaffel nach Ziffer 4.2 entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich und ausschließlich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

4.4 Berücksichtigung einer Vorversicherung

Bestand vor Abschluss dieser Versicherung bereits eine Zahnersatzversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer (Vorvertrag), entfallen im Versicherungsfall die Begrenzungen der Leistungsstaffel nach Ziffer 4.2 ab dem dritten Kalenderjahr. Voraussetzung hierfür ist, dass

- der Vorvertrag mindestens 6 Monate bestand und
- ununterbrochen Versicherungsschutz zwischen dem Vorvertrag und diesem Vertrag bestand.

5 Gebührenordnungen

Die Aufwendungen nach Ziffer 2 sind im Rahmen und bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Aufwendungen für Behandlungen, die nicht in der Gebührenordnung beschrieben sind, sind demnach nicht erstattungsfähig. Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

6 Berücksichtigung von durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht erbrachten Leistungen

6.1

Sofern die versicherte Person von der Möglichkeit Gebrauch macht, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt als Leistung der GKV.

6.2

Werden für die gewählte Versorgung zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde oder eine Behandlung im Ausland erfolgte), werden bei der Berechnung der Leistungshöhe

- bei Zahnbehandlung nach Ziffer 2.1 die Leistungen, die die GKV bei Inanspruchnahme erbracht hätte,
- bei Zahnersatz nach Ziffer 2.2 oder einer kieferorthopädischen Behandlung nach Ziffer 2.3 pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

als Leistung der GKV angenommen.

7 Einzureichende Unterlagen

In Ergänzung zu Ziffer 6.1 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) muss eine Leistung der GKV oder eine Leistungsablehnung durch die GKV durch geeignete Unterlagen (zum Beispiel durch entsprechenden Vermerk der GKV auf den eingereichten Belegen) vom Versicherungsnehmer nachgewiesen werden. Die Höhe eines Selbstbehaltes muss auf diesen angegeben sein.

8 Anpassung von Beiträgen

8.1 Beitragsberechnung bei Beitragsgruppenwechsel

Abweichend von Ziffer 9.3 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) gilt:

Die Bestimmung, dass bei einer Beitragserhöhung wegen eines Beitragsgruppenwechsels die Beitragsanpassung frühestens zu Beginn des 3. Versicherungsjahres erfolgt, entfällt.

8.2 Beitragsanpassung

Abweichend von Ziffer 10.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) gilt:

Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit (Beitragsgruppe 0 – 21 Jahre, Beitragsgruppen ab Alter 22 Jahre) eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und bei Bedarf, soweit erforderlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders, angepasst. Beträgt die Abweichung mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und bei Bedarf, soweit erforderlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders, angepasst werden.

9 Innovationsgarantie

Künftig neu hinzukommende Heilbehandlungsmethoden bzw. -verfahren für medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungen, die in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgenommen werden, gelten im Rahmen des tariflich vereinbarten Umfangs als mitversichert.

10 Was passiert, wenn sich der Festzuschuss der GKV ändert?

Die GKV orientiert sich bei Zahnersatz am vorliegenden Befund. Daraus ergibt sich der Festzuschuss der GKV, der vom Versicherer als Vorleistung berücksichtigt wird. Der Festzuschuss kann sich auch zuungunsten des Versicherungsnehmers ändern. Hiervon bleibt der Versicherungsschutz allerdings unberührt. Es werden unverändert die tariflich vereinbarten Leistungen erstattet.

Anhang zu den Tarifbedingungen für die Zahnzusatzversicherung nach Tarif ZahnPremium Z14 (Fassung 01.09.2021)

Beitragsübersicht

Der Beitrag richtet sich gemäß Ziffer 9.3 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) nach der Beitragsgruppe, der die versicherte Person angehört.

Beitragsgruppen

Die monatlichen Beiträge betragen je versicherte Person

Beitragsgruppe Alter	Monatlicher Beitrag
0 – 21 Jahre	22,90 €
22 – 30 Jahre	16,60 €
31 – 40 Jahre	24,85 €
41 – 50 Jahre	33,80 €
51 – 60 Jahre	45,90 €
ab 61 Jahre	59,50 €

Als erreichtes Alter (Eintrittsalter) gilt die Zahl der vollendeten Lebensjahre am Tag des Versicherungsbeginns. Erreicht die versicherte Person innerhalb des laufenden Versicherungsjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des folgenden Versicherungsjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

Beitragsanpassung

Die Beiträge können sich bei einer nach Ziffer 10 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) stattfindenden Beitragsanpassung ändern. Maßgeblich sind dann die zum jeweiligen Anpassungszeitpunkt gültigen Beiträge.