Tarif privat ambulant,
Baustein zahngesundheit ideal (AZB3)

Ergänzungstarif für Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 03.2014

Der Baustein zahngesundheit ideal (AZB3) ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.

Neben diesem Baustein dürfen bei der Advigon Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und kieferorthopädische Behandlungen bestehen.

Advigon Versicherung AG, Postfach 1130, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

1.1. Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Als Zahnbehandlung gelten:

- konservierende Leistungen (z. B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen),
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion),
- parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Schienen und Aufbissbehelfe.

Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sind in diesem Baustein nicht erstattungsfähig.

1.2. Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers maximal **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Als Zahnprophylaxe gilt die professionelle Zahnreinigung gemäß der Definition der GOZ 1040 sowie die weitere Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Maßnahmen für die Zahnprophylaxe sind bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von **100 EUR** pro Maßnahme und **200 EUR** pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

1.3. Kieferorthopädische Behandlung, die vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde

Sofern für die Behandlung insgesamt **kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV** (KIG 1 bis 2) besteht, erstattet der Versicherer bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung:

- **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags;
- Maximal **2.000 EUR** Gesamterstattung je behandeltem Kiefer pro Behandlungsfall.

Sofern für die Behandlung insgesamt **ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV** (KIG 3 bis 5) besteht, erstattet der Versicherer für Mehrkosten im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung:

- **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags;
- maximal **600 EUR** Gesamterstattung je behandeltem Kiefer pro Behandlungsfall.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, wie z. B. Gold-, Keramik- oder Metallbrackets und unsichtbare Zahnspangen. Eigenanteilsrechnungen werden in der Regel von der GKV nach erfolgreicher Behandlung erstattet und fallen deshalb nicht unter die erstattungsfähigen Mehrkosten.

1.4. Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die über keine Kassenzulassung verfügen, gelten die Regelungen aus 1.1. bis 1.3., jedoch ist die Erstattung zusätzlich auf max. **50 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags beschränkt. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.5. Heil- und Kostenpläne

Von den bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenplänen ist dem Versicherer jeweils eine Kopie zuzustellen. Generell empfehlen wir die Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei geplanten umfangreicheren kieferorthopädischen Behandlungen.

1.6. Wartezeiten

Für die unter 1.2. aufgeführten Leistungen für Zahnprophylaxe entfallen die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

1.7. Leistungsbegrenzungen

Die Gesamterstattung der unter 1.1. bis 1.4. aufgeführten Leistungen beträgt in diesem Tarifbaustein:

- vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **500 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.000 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.500 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **2.000 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **2.500 EUR**.

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

- bei einem Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn des Tarifbausteins ereignet,
- nach Ablauf des 60. Monats ab Versicherungsbeginn.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang geregelt, der integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant ist.