Teil III – Tarife Zahnersatz75 (ZZ75), Zahnersatz90 (ZZ90), Zahnersatz100 (ZZ100)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnersatz bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

2. Keine Kombinierbarkeit

Die Tarife ZZ75, ZZ90 und ZZ100 sind weder miteinander noch - vorbehaltlich einer abweichenden Vereinbarung - mit anderen Zahnersatzversicherungen der Württembergische Krankenversicherung AG kombinierbar.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Zahnersatzmaßnahmen mit Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatzmaßnahmen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge in:

- Tarif ZZ75 bis zu maximal 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags,
- Tarif ZZ90 bis zu maximal 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags,
- Tarif ZZ100 bis zu maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

In den ersten vier Versicherungsjahren sind die Versicherungsleistungen nach Maßgabe der Ziffern 4a) und b) der Tarifbestimmungen begrenzt. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

Bei einer Regelversorgung (nach BEMA – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge, sofern keine privat(zahn-)ärztlichen Vergütungsanteile (GOZ/GOÄ) berechnet werden.

Als Zahnersatzmaßnahmen gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers, soweit deren Einsatz nicht nur aus kosmetischen Gründen erfolgt,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- implantologische Leistungen, insbesondere die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit sowie
- Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) jedes Quadranten.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen einschl. der Material- und Laborkosten bis maximal 500 EUR je Versicherungsjahr,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; implantatbezogene Analyse; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumentomographie),
- chirurgische Leistungen,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) einschl. besonderer Herstellungsverfahren wie z. B. Cerec-Kronen, Teilkronen und Inlays.

3.2 Dentallabor

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 3.1 zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme in Tarif ZZ75 auf 80 % und in Tarif ZZ90 auf 95 %.

Mit uns kooperierende Dentallabore erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der Zahnversorgung. Fragen Sie uns nach den mit uns bundesweit kooperierenden Dentallaboren (Fertigung in Deutschland) oder nach Empfehlungen von Zahnarztpraxen, telefonisch oder per E-Mail unter dentallabore@wuerttembergische.de.

3.3 Zahnersatzmaßnahmen ohne Vorleistung der GKV / Heilfürsorge

Erbringt die GKV / Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatzahnarzt) erfolgt, wird ein fiktiver GKV-Erstattungssatz in Höhe von 30 % angenommen und auf die Erstattungsleistung des versicherten Tarifes angerechnet.

Für den Tarif ZZ100 beträgt die fiktive Anrechnung 25 %, sofern die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach Ziffer 3.1 zu ersetzenden Aufwendungen stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren (vgl. Ziffer 3.2) durchführen lässt.

4. Leistungsbegrenzungen

a) Tarif ZZ75

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergische Krankenversicherung AG) nach den Ziffern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZZ75 je versicherte Person maximal:

- 800 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.600 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 2.400 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 3.200 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Mit Beginn des 5. Versicherungsjahres entfällt diese Leistungsbegrenzung.

b) Tarife ZZ90 und ZZ100

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergische Krankenversicherung AG) nach den Ziffern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen ab Versicherungsbeginn der Tarife ZZ90 und ZZ100 je versicherte Person maximal:

- 1.500 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 4.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 6.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Mit Beginn des 5. Versicherungsjahres nach Versicherungsbeginn entfällt diese Leistungsbegrenzung.

c) Entfall der Leistungsbegrenzungen

Die Leistungsbegrenzungen nach a) und b) gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, der nach Versicherungsbeginn (Vertragsschluss) eingetreten ist. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

5. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt / Main, nach jeweils neuestem Stand.

6. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- für Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen (nicht angelegte Zähne),
- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für kieferorthopädische Maßnahmen,
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

7. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

8. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV / Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

9. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV / Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die tariflichen Leistungen haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB / S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB / S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

10. Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 (1) AVB / S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

11. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0 - 20 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre und ab dem Alter 61 Jahre berechnet.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., das 31., das 41., das 51. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB / S nicht vorgesehen.