

Tarife ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur Ergänzungstarife für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnersatz inkl. GKV-Leistung
- 100 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
- 100 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen inkl. GKV-Leistung
- 100 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat (Altersbeschränkung entfällt bei unfallbedingter Behandlung)
- 100 % zahnauftellende Maßnahmen und weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen (z. B. Aligner-Therapie; einmalig während Vertragslaufzeit) bis 300 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren inkl. GKV-Leistung
- 100 % besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (z. B. Akupunktur, Hypnose oder Vollnarkose) bis 300 EUR im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen

- im ersten Kalenderjahr je nach Versicherungsbeginn bis zu 1.000 EUR,
- im ersten bis zweiten Kalenderjahr zusammen 3.000 EUR,
- im ersten bis dritten Kalenderjahr zusammen 4.500 EUR und
- im ersten bis vierten Kalenderjahr zusammen 6.000 EUR.

Ab dem fünften Kalenderjahr besteht keine Begrenzung.

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Alterungsrückstellung
- 4 Gesundheitsprüfung
- 5 Beantragungsfrist
- 6 Unterbrechung des Optionsrechts
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Beitragsberechnung und Anpassungsvorschriften

- 1 Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)
- 2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV bzw. besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

1.1 Zahnersatz

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen, Keramik- und Kunststoff-Verblendungen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen (einschließlich Knochenaufbau), funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

1.2 Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen, plastische Füllungen (Kunststoff-, Komposit- und dentinadhäsive Füllungen), Fissurenversiegelungen, Aufbissbehelfe (z. B. Knirscherschienen). Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für solche Arzneimittel, die vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

1.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

1.4 Kieferorthopädie

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

Diese Altersbeschränkung entfällt für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

1.5 Weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen und Zahnaufhellung

Versicherungsfall sind auch über Abschnitt B 1.4 hinausgehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen z. B. mittels einer Aligner-Therapie (unsichtbare Zahnschienen) und zahnaufhellende Maßnahmen. Die Kosten hierfür sind berücksichtigungsfähig

1.5.1 Weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen

Voraussetzung für die Kostenerstattung für über Abschnitt B 1.4 hinausgehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen ist, dass diese von einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden durchgeführt oder überwacht werden.

Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung bereits bei Antragstellung bestand. Die Behandlung darf zu diesem Zeitpunkt noch nicht begonnen haben.

1.5.2 Zahnaufhellung

Voraussetzung für die Kostenerstattung für zahnaufhellende Maßnahmen ist, dass diese von einem Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

1.6 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung wie Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-Sedierung und Vollnarkose.

Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit einer Leistung gemäß der Abschnitte B 1.1 und/oder B 1.2 stehen.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz, Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1.1 bis B 1.4 genannten Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnbehandlung, prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ zu **100 %** erstattet.

2.2 Weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen und Zahnaufhellung

Die in Abschnitt B 1.5 genannten Aufwendungen für weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen und zahnaufhellende Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt **300 EUR** innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren zu **100 %** erstattet.

Anspruch auf Kostenerstattung für Aufwendungen gemäß Abschnitt B 1.5.1 für weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen besteht nur einmal während der Vertragslaufzeit nach Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur, auch im Falle eines Wechsels zwischen diesen Tarifen.

2.3 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Die in Abschnitt B 1.6 genannten Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von **300 EUR** pro Kalenderjahr zu **100 %** erstattet.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V.

Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
100 % von 250 EUR = 250 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR
= 200 EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze

2.5.1 Begrenzung GOZ bzw. GOÄ

Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Im Ausland entstandene Kosten für nach diesem Tarif versicherte Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei entsprechender Abrechnung der erbrachten Leistung nach GOÄ oder GOZ bei einer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären.

2.5.2 Erstattungshöchstsätze

Die Leistungen aus diesen Tarifen sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR
- im ersten bis zweiten Kalenderjahr auf zusammen 3.000 EUR
- im ersten bis dritten Kalenderjahr auf zusammen 4.500 EUR
- im ersten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 6.000 EUR.

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

Berechnungsbeispiel:

Die Versicherung nach Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur beginnt am 01.01.2022 (Höchstleistungsbetrag für 1. Kalenderjahr: 1.000 EUR). Im Jahr 2022 wird eine Zahnersatzrechnung eingereicht, bei der nach Anrechnung der Vorleistung der GKV 500 EUR tariflich erstattet werden. Es erfolgt keine Kürzung, da der Höchstleistungsbetrag nicht überschritten wird.

Im Jahr 2023 (Höchstleistungsbetrag für 1. bis 2. Kalenderjahr: 3.000 EUR) wird ebenfalls eine Zahnersatzrechnung eingereicht. Bei dieser wären nach Anrechnung der Vorleistung der GKV 3.000 EUR zu erstatten. Es erfolgt eine Kürzung der Erstattung auf 2.500 EUR, da die 500 EUR aus dem Jahr 2022 berücksichtigt werden (= insgesamt 3.000 EUR).

2.5.3 Erstattungshöchstsätze im Falle einer Vorversicherung

Bestand für die versicherte Person bis unmittelbar vor Beginn der Versicherung nach Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur für mindestens zwei Jahre eine Zahnzusatzversicherung, welche für privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen einen Erstattungssatz von mindestens 80 % vorsah, gelten abweichend von Abschnitt B 2.5.2 folgende Begrenzungen:

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR
- im ersten bis zweiten Kalenderjahr auf zusammen 3.000 EUR.

Ab dem dritten Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

Voraussetzung für die Gültigkeit der abweichenden Erstattungshöchstsätze gemäß diesem Abschnitt ist, dass der Versicherungsnehmer einen Nachweis über das Bestehen einer entsprechenden Zahnzusatzversicherung für die versicherte Person erbringt. Der Nachweis ist bis spätestens drei Monate nach Versicherungsbeginn des Tarifs ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur zu erbringen. Erfolgt dieser Nachweis nicht, gelten die Erstattungshöchstsätze gemäß Abschnitt B 2.5.2.

2.5.4 Entfall der Erstattungshöchstsätze bei Unfall

Die Begrenzungen der tariflichen Leistungen gemäß der Abschnitte B 2.5.2 und B 2.5.3 entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.5.5 Begrenzung für bei Vertragsabschluss fehlende Zähne

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:

Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 1.000 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5.2 bzw. Abschnitt B 2.5.3 genannten Beträge nicht überschritten werden.

Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z.B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z.B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen, besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gemäß Abschnitt B 1.6 sowie Materialkosten.

Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

1.1 Zeitpunktbezogene Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif ZahnEXKLUSIV oder ZahnEXKLUSIVpur das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in andere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

1.2 Ereignisbezogene Option

Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person nach Maßgabe der nachfolgenden Abschnitte C 2 bis C 5 ebenfalls in den nachgenannten Fällen:

- bei Geburt oder Adoption eines Kindes,
- bei Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Scheidung vom Ehepartner oder bei Aufhebung der Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass

- zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen,
- keine wirksame Kündigung vorliegt und
- der Versicherungsschutz nach dem Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur vor Beginn des Kalenderjahres, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird, begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet.

4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.1 entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt beantragt wird.

Das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.2 muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt eines der dort aufgeführten Ereignisse ausgeübt werden. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer durch geeignete Nachweise anzuzeigen. Die Umstellung wird zum Ersten des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

6 Unterbrechung des Optionsrechts

Für den Tarif ZahnEXKLUSIV wird das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.1 unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Beitragsberechnung und Anpassungsvorschriften

1 Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)

1.1 Für Tarif ZahnEXKLUSIV gilt:

Abweichend von § 8a Abs. 1 Teil II erfolgt zum auf die Vollendung des 15. bzw. 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten keine Beitragsumstufung, da alle Beiträge eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) enthalten.

1.2 Für Tarif ZahnEXKLUSIVpur gilt:

Eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

Abweichend von § 8a Abs. 1 Teil II erfolgt für versicherte Kinder zum auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monatsersten keine Umstufung auf den Beitrag für Jugendliche.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Teil I.

2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Als tariflicher Vornhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.