

Tarif ZAHN PLUS

Zahnezusatzversicherung zu den Concordia-Tarifen ZT und ZB

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil III Tarife

Zahnezusatzversicherung zu den Concordia-Tarifen ZT und ZB

Der Tarif ZAHN PLUS gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013),

Teil II – Tarifbedingungen und den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT, ZB sowie ZAHN PLUS.

1. Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf (freie) Heilfürsorge haben und zusätzlich bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach den Tarifen ZT und ZB versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach einem der Tarife ZT und ZB, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach Tarif ZAHN PLUS.

Personen mit mehr als 4 fehlenden, nicht ersetzten Naturzähnen sind nicht versicherbar. Unberücksichtigt bleiben Weisheitszähne, vollständige Lückenschlüsse, noch nicht durchgebrochene Zähne sowie Milchzähne bei Kindern, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen.

2. Versicherungsleistungen

2.1. Zahnprophylaxe

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2 b) im Teil III des Tarifs ZB und erstatten – nach etwaiger Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs ZB – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für prophylaktische Leistungen bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 200 € je Versicherungsjahr.

Für die Durchführung der prophylaktischen Leistungen haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Zahnärzten sowie zahnmedizinischen Fachassistenten.

Als prophylaktische Leistungen gelten z. B.

- die Professionelle Zahnreinigung einschließlich
 - der Entfernung von harten und weichen Belägen auf Zahn- und Wurzeloberflächen
 - Reinigung der Zahnzwischenräume auch mittels VECTOR-Methode
 - Entfernen des Biofilms
 - Politur und Fluoridierung der Zähne
- Kinder-Prophylaxe
- die Erstellung eines Mundhygienestatus
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
- Speicheltests zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test)
- Kontrollen des Übungserfolges

- Kariesrisikodiagnostik
- Versiegelung von Zahnfissuren, z. B. auch durch die Verwendung eines Dental-Lasers
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe
- Prothesenreinigung

Die Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge ist keine Leistungsvoraussetzung. Falls die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge eine Vorleistung erbringt, ziehen wir diese Vorleistung vom Erstattungsbetrag ab.

2.2. Zahnbehandlung

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2 a) im Teil III des Tarifs ZB und erstatten – zusammen mit etwaigen Vorleistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und/oder des Tarifs ZB – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für Zahnbehandlungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ohne Erstattungshöchstbeträge. Zahntechnische Laborarbeiten sowie Material- und Praxiskosten erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Für die Durchführung der erstattungsfähigen Zahnbehandlungsmaßnahmen haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

Als erstattungsfähige Zahnbehandlungen gelten z. B.

- Allgemeine zahnärztliche Leistungen, z. B.
 - eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
 - Erhebung des Parodontalbefundes
 - Erstellung eines Heil- und Kostenplans
 - (Teil-)Abformung des Kiefers
 - Intraorale Anästhesie
 - Anwendung eines Operationsmikroskops
 - Anwendung eines Dental-Lasers
- Konservierende Leistungen, z. B.
 - Mikroinvasive Kariesinfiltrationen (Icon-Verfahren)
 - Füllungen jeglicher Art (außer Inlays und Onlays), z. B. Kunststoff-Füllungen, Komposit-Füllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen
 - Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, eines Wurzelstiftes
 - Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer (Teil-)Krone, eines Veneers
 - Endodontische Behandlungen/Wurzelkanalbehandlungen einschließlich entstehender Mehrkosten, z. B. für
 - das Anlegen von Spanngummi/Kofferdam
 - elektrometrische Längenbestimmung des Wurzelkanals
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))

- zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden
- photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
- Chirurgische Leistungen, z. B.
 - Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats
 - Entfernung von Schleimhaut und Schleimhautwucherungen
 - Wurzelspitzenresektion
 - Zystenoperationen
 - Osteotomien
 - PRGF (Plasma Rich in Growth Factors)
 - Kontrolle und Nachbehandlung nach einem chirurgischen Eingriff einschließlich chirurgischer Wundrevision
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, z. B.
 - Erstellung des Parodontalstatus
 - Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime (Bakterien-/DNA-Test)
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
 - Behandlung von Mundschleimhautrekrankungen
 - Entfernung von Zahnfleischtaschen
 - Lappenoperationen
 - Behandlung knöcherner parodontaler Defekte
 - Knochen- und Geweberegeneration
 - Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut und Bindegewebe
 - photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
 - Periochip-Methode
 - VECTOR-Methode
 - PRGF (Plasma Rich in Growth Factors)
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, die nicht in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen, z. B.
 - Knirscherschienen
 - DROS-Schienen

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Zahnbehandlungen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, zahntechnische Laborarbeiten und Material- und Praxiskosten zu ortsüblichen, angemessenen Preisen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Die Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge ist keine Leistungsvoraussetzung. Falls die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge eine Vorleistung erbringt, ziehen wir diese Vorleistung vom Erstattungsbetrag ab.

2.3. Zahnersatz

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2) im Teil III des Tarifs ZT und erstatten zusammen mit den Vorleistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und des Tarifs ZT

- 100 % der verbleibenden Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V bzw. § 56 Abs. 2 SGB V, sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind bzw.
- 100 % der verbleibenden Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen privat Zahnärztlicher Versorgung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Zahntechnische Laborarbeiten sowie Material- und Praxiskosten erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Mit Ausnahme der Erstattungshöchstbeträge gemäß Ziffer 4 dieses Tarifs sieht der Tarif keine Leistungshöchstgrenze für Zahnersatzmaßnahmen vor.

Für die Durchführung der erstattungsfähigen Zahnersatzmaßnahmen haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten. Falls Sie von einem Leistungserbringer ohne Kassenzulassung behandelt werden, kürzen wir den Erstattungsbetrag um 30 %.

Als erstattungsfähige Zahnersatzmaßnahmen gelten z. B.

- Allgemeine zahnärztliche Leistungen, z. B.
 - eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
 - Erstellung eines Heil- und Kostenplans
 - (Teil-)Abformung des Kiefers
 - Intraorale Anästhesie
 - Anwendung eines Operationsmikroskops
 - Anwendung eines Dental-Lasers
- Prothetische Leistungen, z. B.
 - Neuanfertigung bzw. Reparatur von z. B.
 - Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen
 - Brücken
 - Stützähnen
 - (Teil-)Prothesen
 - Epithesen
 - auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktion)
 - Inlays/Onlays/Overlays
 - Keramikverblendschalen (Veneers/Lumineers) auch als vollkeramische Versorgung, z. B. mit Erstellung im CEREC-Verfahren
 - Kunststoff- und Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn 8
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
 - photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
- Implantologische Leistungen, z. B.
 - Implantatbezogene Analyse
 - Verwendung einer individuellen (Röntgenmess-) Schablone
 - Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
 - Implantation
 - Freilegung des Implantats
 - Sinuslift
 - Kunststoff- und Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn 8
 - photodynamische Therapien (z. B. PACT – Photodynamische Antimikrobielle Chemotherapie)
 - alle mit der Implantation in Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen (Augmentation)
 - PRGF (Plasma Rich in Growth Factors)

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Zahnersatzmaßnahmen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, Aufbaufüllungen, Kurz- und Langzeitprovisorien, zahntechnische Laborarbeiten und Material- und Praxiskosten zu ortsüblichen, angemessenen Preisen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge müssen vorrangig in Anspruch genommen und uns nachgewiesen werden. Wir ziehen diese Leistungsansprüche vom Erstattungsbetrag ab. Als Vorleistung der GKV bzw. (freien) Heilfürsorge gelten auch Selbstbehalte, die Sie mit der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge vereinbart haben.

Falls Sie zustehende Leistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge nicht in Anspruch nehmen, weil Sie sich z. B. für eine Behandlung im Ausland entscheiden, kürzen wir den Erstattungsbetrag um 30 %.

Für implantologische Leistungen (ohne Suprakonstruktionen), für die die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge keine Leistungen erbringt, kürzen wir den Erstattungsbetrag nur dann um 30 %, wenn Sie sich für eine Behandlung im Ausland entscheiden.

2.4. Kieferorthopädie

Wir ergänzen die Leistungen zu Ziffer 2 c) im Teil III des Tarifs ZB und erstatten – nach etwaiger Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge und zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs ZB – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische bzw. kieferorthopädische Laborarbeiten sowie Material- und Praxiskosten erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen Kieferorthopäden und Fachzahnärzten für Kieferorthopädie.

Als erstattungsfähige kieferorthopädische Leistungen gelten z. B.

- Methoden zur Analyse von Kiefermodellen und des Gesichtsschädels
- Röntgenaufnahmen (z. B. Computertomographien, digitale Volumentomographie (DVT))
- Maßnahmen zur Umformung bzw. Einstellung des Kiefers
- Eingliederung von Klebebrackets, Bändern, (Teil-)bögen, intra- /extraoralen Verankerungen
- Versiegelungen
- Kieferorthopädische Zusatzleistungen, z. B.
 - Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets
 - unsichtbare Zahnspangen (z. B. Aligner / Invisalign)
 - festsitzende Retainer
 - Lingualtechnik
 - konfektionierte herausnehmbare Geräte (z. B. Bionator, Aktivator, Funktionsregler)
 - festsitzende Lückenhalter
 - farbige/farblose (Teil-)Bögen
 - superelastische Bögen
 - farbige oder durchsichtige Gummiligaturen
 - thermisch programmierbare oder plastische (Teil-)Bögen
 - M.A.R.A.-Apparaturen
 - Jasper-Jumper
 - Pendulum
 - Distal-Jet
 - Face-Former
 - Myobrace
 - Minischrauben zur Verankerung
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, die in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen, z. B.
 - Knirscherschienen
 - DROS-Schienen

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen kieferorthopädischen Leistungen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, zahntechnische bzw. kieferorthopädische Laborarbeiten und Material- und Praxiskosten zu ortsüblichen, angemessenen Preisen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Personen mit Leistungsansprüchen gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge:

Für Kinder und Jugendliche, die zu Beginn der kieferorthopädischen Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und in eine der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3, 4 oder 5 eingestuft sind, bestehen Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge. Diese Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge müssen vorrangig in Anspruch genommen und uns nachgewiesen werden. Wir ziehen diese Leistungsansprüche vom Erstattungsbetrag ab. Als Vorleistung der GKV bzw. (freien) Heilfürsorge gelten auch Selbstbehalte, die Sie mit der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge vereinbart haben sowie der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Abs. 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die GKV bzw. die (freie) Heilfürsorge erstattet wird. Dies gilt auch dann, wenn die Behandlung abgebrochen wird. Falls Sie zustehende Leistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge nicht in Anspruch nehmen, weil Sie z. B. von einem Leistungserbringer ohne Kassenzulassung behandelt werden, kürzen wir den Erstattungsbetrag um 30 %.

Mit Ausnahme der Erstattungshöchstbeträge gemäß Ziffer 4 dieses Tarifs sieht der Tarif für die Erstattung von kieferorthopädischen (Zusatz-)Leistungen keine Leistungshöchstgrenze vor.

Personen ohne Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge:

Für Kinder und Jugendliche, die in eine der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 oder 2 eingestuft sind sowie für Erwachsene bestehen keine Leistungsansprüche gegenüber der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge.

Die Erstattung für kieferorthopädische (Zusatz-)Leistungen ist für diesen Personenkreis – unter Beachtung der Erstattungshöchstbeträge gemäß Ziffer 4 dieses Tarifs – auf 4.000 € (bzw. 8.000 € unter Berücksichtigung der Leistungen des Tarifs ZB) für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

2.5. Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge – 100 % der verbleibenden Aufwendungen für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ohne Erstattungshöchstbeträge, wenn diese im direkten Zusammenhang mit den in diesem Tarif enthaltenen Versicherungsleistungen stehen.

Die schmerz- und angstlindernden Maßnahmen müssen in einer zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Praxis stattfinden.

Als erstattungsfähige schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gelten z. B.

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf)
- Vollnarkose
- Lachgas-Sedierung
- Akupunktur
- Hypnose
- TENS (Trans(epi)kutane (Elektrische) Nerven-Stimulation) einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen schmerz- und angstlindernden Maßnahmen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, Material- und Praxiskosten.

2.6. Zahnaufhellende Maßnahmen

Wir erstatten 100 % der entstandenen Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die zahnaufhellenden Maßnahmen müssen in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

Als erstattungsfähige zahnaufhellende Maßnahmen gelten z. B.

– Bleaching

einschließlich alle im Zusammenhang mit den erstattungsfähigen zahnaufhellenden Maßnahmen entstandenen Aufwendungen für Vor- und Nachbehandlungen, Material- und Praxiskosten.

Die Erstattung ist auf einen Höchstbetrag in Höhe von 500 € innerhalb von 4 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren begrenzt.

3. Wartezeiten

Für die in diesem Tarif aufgeführten Versicherungsleistungen verzichten wir auf die Einhaltung von Wartezeiten. Damit sind über den Tarif ZAHN PLUS die Aufwendungen erstattungsfähig, die für die in den Tarifen ZT und ZB enthaltenen Leistungsarten innerhalb der in den genannten Tarifen geltenden 8-monatigen Wartezeit anfallen.

4. Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung für Versicherungsleistungen nach den Ziffern 2.3. – Zahnersatz sowie 2.4. – Kieferorthopädie wird je versicherter Person in den ersten 3 Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

1. Versicherungsjahr	750 €
2. Versicherungsjahr	1.500 €
3. Versicherungsjahr	2.000 €

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen ab dem 4. Versicherungsjahr sowie bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

Für versicherte Personen, für die bis zum Versicherungsbeginn dieses Tarifs nachweislich seit mindestens 12 Monaten ununterbrochen eine Versicherung mit Leistungen für privat Zahnärztlichen Zahnersatz (unabhängig von der Leistungshöhe) bei einem anderen Versicherer bestand, entfällt der Erstattungshöchstbetrag im 3. Versicherungsjahr.

5. Sorglos-Garantie

Wir garantieren Ihnen, dass sämtliche zahnmedizinischen Prophylaxe-, Zahnbehandlungs-, Zahnersatz-, kieferorthopädischen, schmerz- und angstlindernden- sowie zahnaufhellenden Maßnahmen nach den Ziffern 2.1. – 2.6. derzeit und auch zukünftig versichert sind, auch solche, die neu hinzukommen und heute noch unbekannt sind.

Wir erbringen unsere Leistungen auch dann unverändert im tariflichen Umfang, falls sich die Leistungen der GKV bzw. der (freien) Heilfürsorge, z. B. die Höhe der Festzuschüsse bei Zahnersatzmaßnahmen, ändern.

6. Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, bei umfangreichen Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und kieferorthopädischen Maßnahmen vor Beginn

der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir uns an den Kosten beteiligen.

Wenn Sie uns keinen Heil- und Kostenplan vorlegen, hat dies keine Auswirkung auf die tariflichen Leistungen.

7. Mindestvertragsdauer und Kündigungsmöglichkeit

Abweichend von § 2 Abs. 1 MB/KK 2013 Teil I und II wird dieser Tarif für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Der Vertrag wird stillschweigend verlängert, sofern er vom Versicherungsnehmer nicht gekündigt wird.

Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/KK 2013 Teil I kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zum Ende eines jeden Kalendermonats mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Da der Tarif in Ergänzung zu den Tarifen ZT und ZB besteht, wird sich der Versicherer im Interesse der gleichen Handhabung bei diesen Tarifen nicht auf die Einhaltung der zweijährigen Mindestvertragsdauer berufen und die Regeln über Mindestvertragsdauer und Kündigung analog zu Tarif ZAHN PLUS auch auf die Tarife ZT und ZB anwenden.

8. Leistungsausschluss

Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und kieferorthopädische Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich bzw. kieferorthopädisch angeraten sind sowie die erstmalige Versorgung von zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlenden, nicht ersetzten Naturzähnen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wenn Sie sich bei Antragstellung für die Mitversicherung der erstmaligen Versorgung der zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlenden, nicht ersetzten Naturzähne entschieden haben, so ist diese Versorgung mitversichert, sofern Zahnersatzbehandlungen an diesen Zähnen zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses weder (zahn)ärztlich angeraten noch begonnen wurden.

Da der Tarif in Ergänzung zu den Tarifen ZT und ZB besteht, wird der Versicherer im Interesse der gleichen Handhabung diese Regelung ebenfalls bei den Tarifen ZT und ZB anwenden.

9. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 MB/KK 2013 berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.