

Tarif Z50/90: Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach Tarif Z50/90 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen einer betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Z50/90 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

Abweichend von § 1 Teil II (4) der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Leistungen

Erstattet werden 50 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie*) gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen für die Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

* Kieferorthopädie

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt keine Leistung aus Tarif Z50/90. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – zum Beispiel bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit dem tariflichen Satz erstattet.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann. Lediglich im ersten Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 310 Euro und im zweiten Jahr auf 620 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eintretenden Unfall zurückzuführen sind.

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.