

Tarif ZahnUpgrade90+(L)

(Tarif ZU90+(L))

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen

- 100 % der Aufwendungen für **Zahnersatz** im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) inkl. GKV-Leistung
- 90 % – 100 % der Aufwendungen für **hochwertigen Zahnersatz** (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
- 90 % – 100 % der Aufwendungen für **Zahnbehandlung** (einschl. Wurzel- und Parodontosebehandlungen) inkl. GKV-Leistung
- 90% der Aufwendungen für **Kieferorthopädie** inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde. Höchstbeträge für die gesamte KFO-Behandlung (maximal 2.500 € für die gesamte Versicherungsdauer)
- 90 % – 100 % der **zahnmedizinischen Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)** bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr (maximale Erstattung: 180 € – 200 € pro Kalenderjahr)
- 90 % – 100 % der Aufwendungen für **schmerz- und angstlindernde Maßnahmen sowie zur Zahnaufhellung/Bleaching** bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr (maximale Erstattung: 180 € – 200 € pro Kalenderjahr)
- **Belohnung von vorsorgeorientiertem Verhalten:** Beitragsneutrale Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes für die genannten Leistungen bei regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge für Erwachsene von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren
- **Erstattungshöchstgrenzen:** Die Erstattungshöchstsätze für alle Leistungen sind begrenzt auf bis zu 1.000 € im ersten Kalenderjahr und 4.000 € insgesamt im zweiten bis vierten Kalenderjahr; Erlass des ersten Teiljahres bei Nachweis Vorversicherung (Zahnzusatzversicherung mit Leistung für Zahnersatz von mindestens 40 %)
- **Inflationsvorsorge:** Die tariflichen Erstattungshöchstgrenzen können indexorientiert an die Kostenentwicklung im zahnmedizinischen Bereich angepasst werden
- **Innovationsvorsorge:** Die tarifliche Leistungszusage kann um zahnmedizinisch anerkannte Innovationen erweitert werden

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif ZahnUpgrade90+(L) Teil II; (Teil I: AVB KKV A/S/Z)

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag	3
1 Versicherungsfähigkeit	3
2 Wartezeiten	3
3 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht	3
B Leistungen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. (Versicherer)	3
B1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen	3
a) Zahnbehandlung	3
b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)	4
c) Zahnersatzmaßnahmen	4
d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	4
e) Kieferorthopädie	5
B2 Erstattungshöhe	5
a) Zahnbehandlung	5
b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)	5
c) Zahnersatzmaßnahmen	5
d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	5
e) Kieferorthopädie	6
f) Erhöhung der Erstattung bei regelmäßiger Vorsorge	6
g) Anrechnung von Vorleistungen	6
h) Erstattungshöchstsätze	7
i) Inflationsvorsorge	8
B3 Einschränkung der Leistungspflicht	8
C Beitragsberechnung für Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr/ Anpassungsvorschriften	8
D Sonderbedingungen für Tarif ZU90+ (Beiträge ohne Rückstellungsbildung) ...	9
E Innovationsvorsorge	9

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif ZahnUpgrade90+(L), Teil II: Tarif ZU90+(L)

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z).

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1
Versicherungsfähigkeit**

Der Tarif ZU90+(L) kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, eigene Mitgliedschaft oder Anspruch auf Familienversicherung) oder zusätzlich zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen.

Endet die Versicherung in der deutschen GKV oder besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen mehr, so endet zum Ende desselben Monats auch die Versicherung nach Tarif ZU90+(L) für die aus der GKV ausscheidende oder einen vergleichbaren Anspruch verlierende Person. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der deutschen GKV oder den Entfall der Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen unverzüglich zu informieren.

Im Folgenden sind die Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen den Leistungen der GKV hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt (Berücksichtigung als Vorleistung).
- 2
Wartezeiten**

Es bestehen keine Wartezeiten; insofern entfallen die Wartezeiten nach § 3 AVB/KKV A/S/Z.
- 3
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht**

Der Versicherer verzichtet abweichend von § 14 Absatz 2) AVB/KKV A/S/Z generell auf das ordentliche Kündigungsrecht.

B Leistungen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. (Versicherer)

- B1
Berücksichtigungsfähige Aufwendungen**

a) Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlungen (z. B. Schleimhauttransplantation, VECTOR-Technologie), Wurzelbehandlungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen), plastische Füllungen (z. B. Kunststoff-, Komposit- und Dentin-Adhäsive Füllungen), Fissurenversiegelungen, Aufbissbehelfe (z. B. Knirscherschienen nach Vorleistung der GKV).

Berücksichtigungsfähig sind auch die mit den Zahnbehandlungsmaßnahmen in direktem Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborkosten und Materialien sowie die Kosten für solche Arzneimittel, die vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.

b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)

In Erweiterung zu § 1 Abs. 2 AVB/KKV A/S/Z gelten auch zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge als Versicherungsfall. Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für

- die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands,
- die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen und von Verfärbungen (professionelle Zahnreinigung) einschließlich der Reinigung der Zahnzwischenräume,
- die mikroinvasive Kariesinfiltration,
- die Behandlung von sehr empfindlichen Zahnflächen,
- das Entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur sowie Fluoridierung und Versiegelung (Fissurenversiegelung).

c) Zahnersatzmaßnahmen

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich Reparaturen. Dazu zählen:

- Kronen, Teilkronen und Teleskopkronen,
- Veneers,
- Inlays, Onlays, Overlays,
- Brücken, Brückenglieder, Ankerzähne,
- Verblendungen und individuelle Zahnfärbenbestimmung,
- Teil- und Vollprothesen.

Als Zahnersatz gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch notwendigen Leistungen wie:

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Aufbaufüllungen,
- Kurz- und Langzeitprovisorien,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (Gnathologie).

Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für implantologische Leistungen (z. B. Implantate und der dafür notwendige Knochenaufbau), vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden, sowie die Kosten für zahnmedizinische Beratungen und die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Schließlich sind die im Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborkosten und Materialien berücksichtigungsfähig.

d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung wie Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-sedierung und Vollnarkose, wenn sie im direkten Zusammenhang mit den unter a) und c) beschriebenen Leistungen zur Zahnbehandlung oder zu Zahnersatzmaßnahmen erbracht werden.

Berücksichtigungsfähig sind unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit auch die Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen, sofern diese von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

e) Kieferorthopädie

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Material- und Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat. Diese Altersbeschränkung entfällt für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in diesem Tarif eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Berücksichtigungsfähig sind auch zusätzliche kieferorthopädische Leistungen wie Mini-, Keramik- oder Kunststoffbrackets, farblose und hochelastische Bögen, unsichtbare Zahnschienen (Aligner-Therapie), innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik) und Retainer.

B2 Erstattungshöhe

a) Zahnbehandlung

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr zu 90 % erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

Dies entspricht einer maximalen Erstattung von 180 € (bei 90 %), von 190 € (bei 95 %) und von 200 € (bei 100 %) pro Kalenderjahr.

c) Zahnersatzmaßnahmen

Werden die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, werden die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 90 % erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching) und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr erstattet.

Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

Dies entspricht einer maximalen Erstattung von 180 € (bei 90 %), von 190 € (bei 95 %) bzw. von 200 € (bei 100 %) pro Kalenderjahr.

e) Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet. Die Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen aus diesem Tarif werden begrenzt auf maximal 2.500 € für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses. Tritt der Versicherungsfall in den ersten beiden Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn ein, halbiert sich die maximale Erstattung auf 1.250 €. Als Beginn des Versicherungsfalles gilt auch die zahnärztliche Empfehlung einer kieferorthopädischen Behandlung (Aufstellung eines Behandlungsplans).

Die summenmäßigen Begrenzungen entfallen für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in diesem Tarif eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

f) Erhöhung der Erstattung bei regelmäßiger Vorsorge

Wird für eine erwachsene versicherte Person nachgewiesen, dass in den letzten fünf oder zehn Kalenderjahren vor Behandlungsbeginn mindestens eine jährliche zahnmedizinische Vorsorge (zahnärztliche Untersuchung, professionelle Zahnreinigung) durchgeführt wurde, erhöht sich für diese versicherte Person der Erstattungsprozentsatz für die in den Abschnitten a) bis d) dargestellten Leistungen um 5 %-Punkte von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und um weitere 5 %-Punkte auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

Der Versicherte muss die regelmäßige zahnmedizinische Vorsorge, z. B. durch ein Bonusheft oder einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf bzw. zehn Kalenderjahre nachweisen.

g) 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 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

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

Erfolgt kein Nachweis der Vorleistungen kann eine pauschale Vorleistung von 30 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung berücksichtigt werden (siehe auch die Regelungen unter Abschnitt h) 1.).

Berechnungsbeispiel: Es wird eine Zahnarztrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 500 € eingereicht. Die Aufwendungen sind im Rahmen dieses Tarifs berücksichtigungsfähig und die Vorleistung der GKV beträgt 100 €.

Erstattungsfähig sind somit 90 % von 500 € = 450 €; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 100 €, und die Erstattung beträgt somit 450 € abzüglich 100 € = 350 €.

Bei nachgewiesener Vorsorge von z. B. mindestens zehn Kalenderjahren erhöht sich die Erstattung in diesem Beispiel auf 100 % von 500 € = 500 € abzüglich 100 € Vorleistung = 400 €.

h) Erstattungshöchstsätze

1. Begrenzung auf Höchstsätze GOZ bzw. GOÄ, Behandler ohne Kassenzulassung, Behandlung im Ausland

Grundsätzlich sind zahnärztliche Abrechnungen, wie in den vorstehenden Abschnitten a) bis e) aufgeführt, bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

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.

Erfolgt die Behandlung durch einen Behandler ohne Kassenzulassung werden (außer bei den zahnmedizinischen Maßnahmen zur Vorsorge) pauschal 30 % als fiktive Vorleistung angerechnet. Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan von Ihrem behandelnden Zahnarzt erstellen zu lassen und diesen bei Fragen zur möglichen Erstattung an uns einzureichen.

Im Ausland entstandene Kosten für zahnärztliche Behandlung sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei entsprechender Abrechnung der Leistungen nach GOZ bzw. GOÄ bei einer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären. Voraussetzung ist bei einer Behandlung im Ausland weiterhin die Vorlage eines Heil- und Kostenplans in deutscher Sprache gemäß BEMA. Erfolgt dennoch keine Vorleistung durch die GKV oder durch einen sonstigen Kostenträger werden pauschal 30 % als fiktive Vorleistung angerechnet.

2. Leistungsbegrenzung in den ersten Jahren nach Versicherungsbeginn

Alle Leistungen aus diesem Tarif sind in der Summe zusätzlich wie folgt begrenzt:

- Im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn von Tarif ZU90+(L))
 - vom 01.10. bis 31.12. auf **250 €**,
 - vom 01.07. bis 30.09. auf **500 €**,
 - vom 01.04. bis 30.06. auf **750 €** und
 - vom 01.01. bis 31.03. auf **1.000 €**.
- Im zweiten bis vierten Kalenderjahr der Versicherung in diesem Tarif auf zusammen **4.000 €**.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

Der Zeitpunkt der jeweiligen Behandlung (Behandlungstag) bestimmt die Zuordnung zu einem Versicherungsjahr. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) werden dem Behandlungstag zugeordnet, an dem sie eingegliedert werden.

Die Leistungsbegrenzungen gelten auch bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (Wechsel aus einem anderen Tarif der LKH in den Tarif ZU90+(L)). Errechnet sich aufgrund der Leistungsbegrenzung bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers während der ersten vier Kalenderjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Maßnahmen als im bisherigen Tarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, jedoch höchstens die Leistungen des Tarifs ZU90+(L) für Zahnbehandlung bzw. Zahnersatz ab dem fünften Versicherungsjahr.

Die Leistungsbegrenzungen finden keine Anwendung auf erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in diesem Tarif eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Anrechnung Vorversicherung

Bestand für eine versicherte Person bis unmittelbar vor Versicherungsbeginn in diesem Tarif ZU90+(L) bereits eine andere Zahnzusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und einem Erstattungssatz von mindestens 40 %, wird das erste (Teil-)Kalenderjahr hinsichtlich der Leistungshöchstsummen im vorstehenden Abschnitt 2. erlassen und es wird die Regelung für das zweite bis vierte Kalenderjahr unmittelbar ab Versicherungsbeginn wirksam. Ab dem vierten Kalenderjahr entfällt dann die summenmäßige Begrenzung. Die bisher bestehende Zahnzusatzversicherung ist für die nun im Tarif ZU90+(L) versicherte Person zu beenden und die Aufhebung dem Versicherer nachzuweisen.

4. Bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne

Die Leistungen aus diesem Tarif für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne sind inkl. der in Abschnitt B2 g) genannten Vorleistung begrenzt auf **maximal 1.250 € je Implantatversorgung**. Dabei dürfen zusätzlich die in diesem Abschnitt unter 2. genannten Höchstbeträge 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. Die Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif. Sie entfällt danach.

i) Inflationsvorsorge

Um die Wertigkeit des Versicherungsschutzes bei möglichen Preissteigerungen im zahnmedizinischen Bereich zu erhalten, ist der Versicherer (unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 AVB/KKV A/S/Z) berechtigt, die in den vorstehenden Abschnitten a) bis h) genannten Höchstbeträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders im Rahmen einer Beitragsanpassung an die Preisentwicklung anzupassen. Die Veränderungen werden dann auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zum vom Versicherer beantragten Zeitpunkt wirksam; frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

B3 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

C Beitragsberechnung für Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr/ Anpassungsvorschriften

1. Abweichend von § 8a Abs. 2) AVB/KKV A/S/Z erfolgt für versicherte Kinder mit der Vollendung des 15. Lebensjahres keine Beitragsumstufung zu Beginn des unmittelbar darauffolgenden Kalenderjahres.
2. Als tariflicher Vorhundertssatz im Sinne von § 8b Abs. 1) AVB/KKV A/S/Z für die Versicherungsleistungen gilt 5.
3. Im Falle einer Beitragsanpassung nach § 8b AVB/KKV A/S/Z prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B2 genannten Eurobeträge (Leistungshöchstsätze) zu erhöhen sind. Diese Eurobeträge können unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 AVB/KKV A/S/Z mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden (siehe auch unter B2 i) Inflationsvorsorge).

D Sonderbedingungen für Tarif ZU90+ (Beiträge ohne Rückstellungsbildung)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten folgende Sonderbedingungen, die eine Versicherung nach Tarif ZU90+ bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres ohne Bildung von Alterungsrückstellungen ermöglichen.

1. **Tarifbezeichnung**
Solange die Sonderbedingungen gelten, lautet die Tarifbezeichnung ZU90+.
2. **Aufnahmefähigkeit**
Aufnahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A 1 versicherungsfähige Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 55 Jahren.
3. **Entfall der Sonderbedingungen vor Vollendung des 55. Lebensjahres**
Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen ab dem Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgt, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen. Die Tarifbezeichnung lautet dann ZU90+L.
4. **Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen nach Vollendung des 55. Lebensjahres**
Die Sonderbedingungen entfallen spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 55. Lebensjahres folgt. Der Versicherungsschutz wird dann bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen nach Tarif ZU90+L fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter maßgebend. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.
5. **Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen**
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellungen) wird nicht gebildet.

Von dem Beginn des Kalenderjahres an, das auf die Vollendung des 20., des 35. und des 45. Lebensjahres folgt, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 3) AVB KKV A/S/Z.

E Innovationsvorsorge

Um die Wertigkeit des Versicherungsschutzes bei der Entwicklung von neuen medizinisch notwendigen zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Heilbehandlungsmethoden gemäß GOZ/GOÄ zu erhalten, prüft der Versicherer im Rahmen einer Beitragsanpassung auch die Ergänzung der tariflichen Leistungszusage um solche neuen Heilbehandlungsmethoden. Der Versicherer ist insofern berechtigt, die in Abschnitt B aufgeführten Leistungen (unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 AVB/KKV A/S/Z) mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders um neue medizinisch notwendige Heilbehandlungsmethoden gemäß GOZ/GOÄ zu erweitern.

Die Veränderungen werden dann auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zum vom Versicherer beantragten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.