

Tarif CEZP-U

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZP-U für die Versicherung der Kosten zahnärztlicher Leistungen für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand:01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

c) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz.

d) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

e) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

f) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die in der deutschen GKV versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Abweichend von § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt für Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt B I 1) nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten. Diese Wartezeit gilt auch für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung (vgl. Abschnitt B I 2).

Für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik (vgl. Abschnitte B I 3 und B I 4) gilt die besondere Wartezeit von acht Monaten (§ 3 Abs. 3 MB/KK 2009).

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebisszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Die Wartezeiten entfallen bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfallen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber der GKV oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

I. Leistungsumfang

Die Kosten für Zahnbehandlung nach Nr. 1, Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach Nr. 3 b sowie Funktionsdiagnostik nach Nr. 4 werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. Zahnbehandlung

- a) Die Kosten für Wurzelkanalbehandlung und Parodontosebehandlung nach Abs. III 1 werden mit 100 % erstattet.

Eine privat Zahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn für die Zahnärztliche Maßnahme dem Grunde nach kein Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

- b) Die Kosten für dentin-adhäsive Füllungen nach Abs. III 1 werden unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 100 % erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt eine Erstattung für dentin-adhäsive Füllungen nach diesem Tarif.

2. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR) und Fissurenversiegelung

Die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung nach Abs. III 2 werden mit 100 % bis zu insgesamt 80,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Die Fissurenversiegelung ist nur bis zum Ende des Kalendermonats erstattungsfähig, in dem die versicherte Person 18 Jahre alt wird.

3. Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung

- a) Die im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) werden, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 100 % erstattet.

- b) Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach Abs. III 3 werden, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt wie folgt erstattet:

90 %, sofern eine ununterbrochene mindestens fünfjährige Vorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nachgewiesen wird;

80 %, sofern keine ununterbrochene mindestens fünfjährige Vorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nachgewiesen wird.

Erbringt die GKV im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) eine Leistung, werden mindestens die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung nach Buchstabe a erstattungsfähig wären.

Bei einer Versorgung mit oralen Implantaten werden die Kosten für maximal sechs orale Implantate je Kiefer erstattet.

Die Kosten für eine augmentative Behandlung werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, werden 40 % der Kosten nach Abs. III 3 als fiktive Leistung der GKV angerechnet.

4. Funktionsdiagnostik

Die Kosten für Funktionsdiagnostik nach Abs. III 4 werden ausschließlich im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. 3 b unter Anwendung des zutreffenden Prozentsatzes (80 % oder 90 % – vgl. Nr. 3 b) erstattet.

II. Leistungsstaffel

Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten vier Kalenderjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,– Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,– Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000,– Euro.

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben.

Das erste Kalenderjahr endet zum Ende des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif beginnt.

III. Erläuterungen

1. Kosten für Wurzelkanalbehandlung sind zahnärztliche Aufwendungen für die Aufbereitung und Versorgung der Wurzelkanäle und des Zahnes, Wurzelspitzenresektionen sowie die in diesem Rahmen erforderlichen Röntgenaufnahmen (außer Computertomographien), Lokalanästhesien sowie Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff.

Kosten für Parodontosebehandlung sind zahnärztliche Aufwendungen für parodontalchirurgische und regenerative Maßnahmen zur Wiederherstellung des Aufbaus und der Funktion des Zahnhalteapparates sowie die in diesem Rahmen erforderlichen Röntgenaufnahmen (außer Computertomographien), Lokalanästhesien sowie Kontrolle und Nachbehandlung nach parodontalchirurgischem Eingriff.

Kosten für dentin-adhäsive Füllungen sind zahnärztliche Aufwendungen für Maßnahmen zum Ersatz der Zahnhartsubstanz unter Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik.

2. Kosten für Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung sind Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes, die Kontrolle des Übungserfolges, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne, die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur sowie die Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.
3. Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Abformungsmaßnahmen, Röntgenleistungen (außer Computertomographien) und prothetische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Stiftzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz, Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für augmentative Behandlungen sind die Gebühren für Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.
4. Kosten für Funktionsdiagnostik sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen einschließlich der Material- und Laborkosten des erforderlichen Zahnmodells, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz oder oralen Implantaten erfolgen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie bei Zahnersatz, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muss. Zudem ist zur Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik eine Dokumentation über den klinischen Funktionsstatus einzureichen.

Die Höhe der Leistung anderer leistungspflichtiger Kostenträger muss durch diese bestätigt sein.

Wenn die GKV keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original sowie mit einer sachverhaltsbezogenen Begründung der GKV, dass diese keine Erstattung vornimmt, vorgelegt werden.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den zahnmedizinischen Befund, die Bezeichnung der behandelten Zähne, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Hinweis:

Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.