

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z[®] Zahn Tarif Z90Plus

Stand 01.01.2019

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Implantaten, Kieferorthopädie, professionelle Zahnreinigung, Prophylaxe, Zahnbehandlung und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt, werden bei Inlays (Nr. 3) 20% und bei Zahnersatz (Nr. 1) 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers von den tariflichen Leistungen abgezogen. Bei Implantaten (Nr. 2) erfolgt kein Abzug, auch wenn die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif Z90Plus angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen, ausgenommen professionelle Zahnreinigung (Nr. 5) und Maßnahmen zur Prophylaxe (Nr. 6).

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechneten Vergütungsanteile enthält.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen Unfall zurückgeführt werden kann, der nach Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif Z90Plus eingetreten ist.

2. Implantate

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen.

Diese umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für die Diagnostik (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich dentaler Volumetomographie (DVT)), die lokale Anästhesie, das Einbringen des Implantats, die damit im

Zusammenhang stehenden knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen Unfall zurückgeführt werden kann, der nach Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif Z90Plus eingetreten ist.

3. Inlays

Zu 90% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten.

4. Kieferorthopädie

a) Kieferorthopädie bei Minderjährigen

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres einmalig bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.500 EUR (unabhängig von der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) 1 – 5).

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Eigenanteil, den gesetzlich Versicherte nach § 29 Abs. 2 SGB V leisten.

b) Kieferorthopädie bei Erwachsenen

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bei Behandlungsbeginn nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmalig bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.500 EUR.

5. Professionelle Zahnreinigung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die professionelle Zahnreinigung bis zu einem Erstattungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr.

6. Prophylaxe

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende prophylaktische bzw. konservierende Leistungen:

- Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur Vorbeugung,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- lokale Fluoridierung,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren und
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen.

7. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende konservierende, chirurgische und parodontologische

Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten:

- plastische Füllungen,
- Wurzelbehandlungen (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (GOZ-Ziffern 4000-4150) und
- Eingliedern von Aufbissbehelfen und Schienen (GOZ-Ziffern 7000-7060). Hierzu gehören auch die damit in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

a) Mit Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 100% erstattungsfähig sind die oben genannten Aufwendungen nach Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers (Mehraufwendungen).

b) Ohne Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 100% erstattungsfähig sind die oben genannten Aufwendungen soweit sie der Zahnarzt nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung bzw. der Heilfürsorge erbringen kann.

Leistet die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger nicht, obwohl nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) Leistungspflicht besteht, werden 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung von der tariflichen Leistung abgezogen.

8. Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung außerhalb der Leistungspflicht der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers bis zu einem Erstattungsbetrag von 350 EUR pro Kalenderjahr.

Hierzu zählen Aufwendungen für

- Analgosedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur und
- Hypnose.

9. Summenbegrenzungen

Die Aufwendungen aus diesem Tarif unter Nr. 1 bis 4 und Nr. 7 bis 8 werden für jede versicherte Person in den ersten 60 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

- 1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,
- 2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,
- 3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate,
- 4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate,
- 5.000 EUR innerhalb der ersten 60 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

10. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen gemäß

- Nr. 1 bis 5 über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt
- Nr. 6 bis 8 bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

11. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

12. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,

C. Beitrag

Im Tarif Z90Plus wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigelegt. Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.