Zahnzusatzversicherung Tarif MediZ Smile 85 für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.06.2023)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009*)

Der Versicherungsschutz

A. Allgemeine Bestimmungen
1. Versicherungsfähigkeit
2. Wartezeiten

B. Tarifleistungen/Leistungen des Versicherers
1. Zahnersatz
2. Zahnbehandlung
3. Leistungsbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren
4. Leistungsbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren bei Wechsel
5. Wegfall der Leistungsbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren nach Unfall
6. Zahnprophylaxe/professionelle Zahnreinigung/zahnaufhellende Maßnahmen
7. Kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall
8. Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung
9. Zukunfts- und Innovationsvorsorge

C. Begriffsbestimmungen/Umfang der Leistungspflicht

D. Beiträge

* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif MediZ Smile 85 kann nur von Personen abgeschlossen werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediZ Smile 85 endet mit Ausscheiden aus der deutschen GKV zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

2. Wartezeiten

Abweichend von § 3 AB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Zahnersatz

Ersetzt werden zusammen mit den Vorleistungen der GKV insgesamt

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung der GKV, sofern privatzahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.

85 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnersatz im Rahmen privatzahnärztlicher Versorgung sowie

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, wird der tarifliche Erstattungsprozentsatz um 35 %-Punkte vermindert.

Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt:

- Einlagefüllungen (Inlays),
- Cerec-Behandlungen,

216920 - 06.2023

- Keramikverblendschalen (Veneers),
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur),
- DROS-Schienen, Aufbissbehelfe und -schienen, nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung,
- Implantate,
- implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen,
- Schleimhauttransplantation im Rahmen einer Implantatbehandlung,
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung, Sinuslift),
- Röntgenleistungen, digitales Röntgen im Rahmen der GOÄ,
- digitale Volumentomografie im Rahmen der GOÄ,
- Laserbehandlung (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0120),
- OP-Mikroskop (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0110),
- Anästhesie,
- Material- und Laborkosten,
- Kosten für den Heil- und Kostenplan,
- die mit den genannten Leistungen im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8, Implantate unbegrenzt erstattungsfähig.

2. Zahnbehandlung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen (Ausnahme: Inlays und Kronen, vgl. Abschnitt B.1),
- chirurgische Leistungen,
- Kunststofffüllungen, Kompositfüllungen,
- Wurzelbehandlung,
- Wurzelspitzenresektion,
- Wurzellängenmessung,
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Schleimhauttransplantation im Rahmen einer Parodontitisbehandlung nach GOZ-Ziffer 4133 (Mundschleimhautbehandlung),
- Bakterien-/DNA-Test,
- Röntgenleistungen, digitales Röntgen im Rahmen der GOÄ,
- digitale Volumentomografie im Rahmen der GOÄ,
- Laserbehandlung (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0120),
- OP-Mikroskop (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0110),
- Anästhesie,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Material- und Laborkosten.

Leistungen der GKV oder anderer Kostenträger werden als Vorleistung angerechnet.

3. Leistungsbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren

Die Leistungen für Zahnersatz und Zahnbehandlung nach Tarif MediZ Smile 85 sind zusammen in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt:

1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,
2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,
4.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (vgl. Abschnitt C.7).

4. Leistungsbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren bei Wechsel

Besteht für die versicherte Person bis zum Beginn der Versicherung in Tarif MediZ Smile 85 eine Vorversicherung

- bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder
- innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (vgl. Abschnitt C.8),

die einen Erstattungssatz von 80 % oder mehr für privatzahnärztliche Zahnersatzleistungen vorsieht, sind

die Leistungen für Zahnersatz und Zahnbehandlung nach Tarif MediZ Smile 85 zusammen in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt:

1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,
2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Hinsichtlich der Vorversicherung gilt: Bei Tarifen mit ansteigenden Erstattungsprozentsätzen, abhängig von einer regelmäßig durchgeführten zahnmedizinischen Prophylaxe (Vorsorge), gilt der höchste im Tarif vorgesehene Erstattungsprozentsatz für privatzahnärztliche Zahnersatzleistungen.

5.
Wegfall der Leistungsbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren nach Unfall

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt C.9), der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfallen die Leistungsbegrenzungen (Höchstsätze) nach Abschnitt B.3 und B.4.

6.
Zahnprophylaxe/ professionelle Zahnreinigung/ zahnaufhellende Maßnahmen

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnprophylaxe-Maßnahmen, professionelle Zahnreinigung sowie zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von insgesamt **170 Euro** pro Kalenderjahr. Leistungen für professionelle Zahnreinigung sind dabei auf einen Erstattungshöchstbetrag von **100 Euro** je Behandlung begrenzt.

Als Zahnprophylaxe-Maßnahmen werden anerkannt:

- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kariesrisikodiagnostik.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte/Zahnärztinnen sowie zahnmedizinische Fachassistenten/Fachassistentinnen (Dentalhygieniker/Dentalhygienikerinnen) in Anspruch genommen werden.

Voraussetzung für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) ist, dass diese Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis durchgeführt werden.

7.
Kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt C.9) bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von **2.000 Euro** je Versicherungsfall.

Als kieferorthopädische Leistungen werden beispielsweise auch anerkannt:

- Mehrkosten für Brackets (z. B. Mini-, Kunststoff-, Keramikbrackets),
- Mehrkosten für Bögen,
- unsichtbare Zahnschienen (z. B. Invisalign),
- Lingualtechnik,
- Retainer,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Material- und Laborkosten.

Als Erwachsener gilt, wer das 21. Lebensjahr vollendet hat.

Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn und nach Vollendung des 21. Lebensjahres eingetreten sein.

Leistungen der GKV oder anderer Kostenträger werden als Vorleistung angerechnet.

Voraussetzung für eine kieferorthopädische Behandlung ist, dass diese Maßnahme von einem Kieferorthopäden/einer Kieferorthopädin oder einem Fachzahnarzt/einer Fachzahnärztin für Kieferorthopädie durchgeführt wird.

8.
Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für

- Narkosen (auch Vollnarkose) durch Narkose- sowie Zahnärzte/Zahnärztinnen,

- Akupunktur, Lachgas, Sedierung (Dämmerschlaf), Hypnose

bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von insgesamt **85 Euro** pro Kalenderjahr.

9. Zukunfts- und Innovationsvorsorge

Falls sich Leistungen der GKV für Zahnersatz zukünftig ändern, werden für eine medizinisch notwendige Behandlung die Leistungen für Zahnersatz aus Tarif MediZ Smile 85 weiterhin im tariflich vereinbarten Umfang erbracht.

Zukünftig neu hinzukommende medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlungsmaßnahmen gemäß GOZ/GOÄ nach den Abschnitten B.1, B.2 und B.6 sind im tariflich vereinbarten Umfang versichert.

C. Begriffsbestimmungen/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Es wird empfohlen, vor Inanspruchnahme von Behandlungen für Zahnersatz (Abschnitt B.1) und Kieferorthopädie für Erwachsene infolge Unfall (Abschnitt B.7) einen Heil- und Kostenplan zusammen mit der Genehmigung/Vorleistung bzw. Ablehnung der GKV einzureichen.

   Der Heil- und Kostenplan sollte auch spezifizierte Material- und Laborkosten enthalten. Der Versicherer teilt dann die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.

2. Privatzahnärztliche Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens anerkannt.

   Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) werden nach den Bestimmungen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) anerkannt.

3. Auf Verlangen des Versicherers ist als Nachweis für eine Ablehnung der GKV die Rechnung mit entsprechendem Vermerk oder ein Ablehnungsbescheid der GKV einzureichen.

4. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.

5. Entstandene Aufwendungen sind durch Rechnungen (Kopien ausreichend) nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV (oder anderer Kostenträger) bzw. die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt angegeben sind.

6. Leistungsverpflichtungen der GKV oder anderer Kostenträger gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Dies gilt auch dann, wenn der anderweitige Versicherungsschutz ebenfalls eine nachrangige Haftung vorsieht.

   Die Erstattung aus Tarif MediZ Smile 85 darf zusammen mit der Vorleistung der GKV oder anderer Kostenträger die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

7. Errechnet sich aufgrund der Leistungsbegrenzung bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers während der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Maßnahmen als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Smile 85 für Zahnersatz bzw. Zahnbehandlung ab dem fünften Versicherungsjahr nach Ablauf der Leistungsbegrenzung.

8. Errechnet sich aufgrund der Leistungsbegrenzung bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers während der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Maßnahmen als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Smile 85 für Zahnersatz bzw. Zahnbehandlung ab dem vierten Versicherungsjahr nach Ablauf der verkürzten Leistungsbegrenzung.

9. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

   Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das zu Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) der versicherten Person maßgebend.

2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

4. Von einer Beitragsanpassung (vgl. § 18 AB/KK 2009) wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.