

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif MeinZahnschutz 90 (ZS90)

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung ZS90. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Grundabsicherung

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie eine Grundabsicherung

- bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) oder
- aus der Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder damit ähnlichen Dienstverhältnis besteht.

(2) Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

Bei Wegfall der Grundabsicherung nach Absatz 1 endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt ist.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Regelungen für alle versicherten Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
- 2.2.1.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir (heute und morgen)?

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.1.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir (heute und morgen)?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Information: Das gilt auch für solche Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an solche Innovationen an. Sie müssen dafür nichts tun (Innovationsgarantie).

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.2 Versicherte Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.2.1 Wie bestimmen sich die erstattungsfähigen Aufwendungen?
- 2.2.2.2 Was bedeutet: Abzug der Leistungen der Grundabsicherung?
- 2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?
- 2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?
- 2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung?
- 2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung)?
- 2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Aufbissbehelfe und Schienen?
- 2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?
- 2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Bleaching?

- 2.2.2.10 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Verbandmaterialien und Arzneimittel sowie schmerzlindernde Behandlungen)?**
- 2.2.2.11 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?**
- 2.2.2.12 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?**
- 2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?**

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person in Deutschland behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Auslandsbehandlungen haben wir in Ziffer 2.2.3 festgelegt. Bitte sehen Sie im Bedarfsfall an dieser Stelle nach.

2.2.2.1 Wie bestimmen sich die erstattungsfähigen Aufwendungen?

Aufwendungen für zahnmedizinische Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

Die danach erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir nach den Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.9 bis zu den nach Ziffer 2.2.2.11 vorgesehenen Höchstbeträgen.

2.2.2.2 Was bedeutet: Abzug der Leistungen der Grundabsicherung?

Bei bestimmten Leistungen nach den Ziffern 2.2.2.3 bis 2.2.2.9 ziehen wir die Vorleistung der Grundabsicherung ab, ehe wir zahlen. Wir nennen es "abzüglich der Vorleistung" und das bedeutet:

Wir ziehen folgende Vorleistungen ab:

- Gesetzlich Versicherte
Die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Selbstbehalt oder Eigenanteil für die →versicherte Person zählen ebenfalls zu dieser Vorleistung.
- Heilfürsorge-Berechtigte
Die Vorleistung der Heilfürsorge und die der Beihilfe, wenn die versicherte Person ergänzend auch einen Beihilfe-Anspruch hat.

Wenn die Grundabsicherung in Anspruch genommen worden ist, aber nicht vorgeleistet hat, leisten wir ebenfalls.

2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung

- Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung. Dies gilt für eine Behandlung im Rahmen einer Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V), für die keine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

b) Behandlungen außerhalb der Regelversorgung

- Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung. Dies gilt für eine Behandlung, die über eine Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (§ 55 SGB V) hinausgeht oder von dieser abweicht, und für die zumindest teilweise eine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

- Wir ersetzen 65 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Dies gilt, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt die Versorgung nach Satz 2 gemacht hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) prothetische Leistungen, einschließlich Brücken, Stiftzähnen, Kronen, Teilkronen, Keramikverblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen),

b) die mit den Leistungen nach a) in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen,

c) Inlays (Einlagefüllungen) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik,

d) den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers sowie

e) die mit den Leistungen nach a) bis d) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

(3) Besonderer Nachweis über den Zuschuss der Grundabsicherung

Wenn die Grundabsicherung die Aufwendungen bezuschusst hat, müssen ergänzend zu Ziffer 1.2.2 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Originalrechnungen oder Rechnungskopien mit einer Bestätigung der Grundabsicherung über die Höhe der erbrachten Zuschüsse vorgelegt werden.

2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?

Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) implantologische Leistungen,

b) die in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel der Aufbau des Kieferknochens (Augmentatation),

c) den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers sowie

d) die mit den Leistungen nach a) bis c) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung?

(1) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.
- Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind - mit Ausnahme von Inlays (Einlagefüllungen, siehe dazu Ziffer 2.2.2.3) - die Aufwendungen für:

a) allgemeine zahnärztliche Leistungen,

b) konservierende Leistungen einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen,

c) zahnchirurgische Leistungen einschließlich Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen,

d) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterien- /DNA-Test, mikrobiologischer Diagnostik (Speicheltest), Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial, der gesteuerten Gewebegeneration zur Wachstumsförderung von geschädigtem Gewebe des Zahnhalteapparats sowie

e) den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers.

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung)?

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für prophylaktische Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung.

Dazu gehören etwa

- Fissuren-Versiegelungen,
- das Entfernen der Beläge auf Zahn- oder Wurzel-Oberflächen (einschließlich der Reinigung von Zahn-Zwischenräumen),
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächen-Politur oder
- geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Aufbissbehelfe und Schienen?

(1) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.
- Wir ersetzen 65 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) Aufbissbehelfe und Schienen (etwa Knirscherschienen und DROS Schienen),

b) die damit in direktem Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie

c) die mit den Leistungen nach a) und b) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?

(1) Kieferorthopädie für Personen bis zum 21. Geburtstag

a) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.
- Wir ersetzen 65 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich unter anderem Keramik-, Mini-, selbstligierender Brackets, superelastischer, thermoelastischer, farbloser Bögen und Lingualtechnik für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind.

c) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Kieferorthopädie für Personen bis zum 21. Geburtstag ist auf höchstens 2.500 Euro pro →versi-

cherte Person und Versicherungsfall begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Kieferorthopädie für Personen, die auch älter als 20 Jahre sind (bei Unfall oder schwerer Erkrankung)

a) Erstattungsprozentsatz

- Wir ersetzen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.
- Wir ersetzen 65 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Privat-Arzt oder Privat-Zahnarzt behandelt hat, der keine Zulassung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Wenn einer der zwei folgenden Fälle vorliegt, sind die Aufwendungen für Kieferorthopädie erstattungsfähig, auch wenn die versicherte Person bereits älter als 20 Jahre ist:

aa) Unfall

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden.

Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

bb) Schwere Erkrankung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich sind. Weiter müssen diese Aufwendungen im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung entstanden sein.

2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Bleaching?

(1) Versicherte Leistung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Zahnaufhellung (Bleaching).

(2) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Bleaching ist auf höchstens 150 Euro pro →versicherte Person innerhalb von 2 Versicherungsjahren begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.10 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Verbandmaterialien und Arzneimittel sowie schmerzlindernde Behandlungen)?

(1) Erstattung wie Hauptleistung

Wenn zusammen mit den zuvor genannten zahnmedizinischen Leistungen auch zahntechnische Leistungen oder schmerzlindernde Behandlungen erbracht oder Verbandmaterialien und Arzneimittel verabreicht werden, sind diese nach den folgenden Absätzen 2 bis 4 versichert.

Die Aufwendungen dafür ersetzen wir nach den Ziffern 2.2.2.3 bis 2.2.2.9 wie die Aufwendungen, in deren Zusammenhang sie erbracht werden.

Es gelten außerdem die nach Ziffer 2.2.2.11 vorgesehenen Höchstbeträge.

(2) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.

(3) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, wenn diese

- zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind und
- von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie von einem Zahnarzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate.

(4) Aufwendungen für schmerzlindernde Behandlungen

Erstattungsfähig sind insbesondere

- von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer durchgeführte Akupunktur
- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Hypnose,
- Lachgas-Sedierung sowie
- Vollnarkose.

2.2.2.11 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 3 Versicherungsjahre ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZS90 gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.2.3 bis 2.2.2.10 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 1.000 Euro während des ersten Versicherungsjahres (1. Leistungsabschnitt)
- 2.000 Euro während der ersten beiden Versicherungsjahre (2. Leistungsabschnitt)
- 3.000 Euro während der ersten 3 Versicherungsjahre (3. Leistungsabschnitt)

Für Aufwendungen, die den Erstattungshöchstbetrag des jeweiligen Leistungsabschnitts übersteigen, besteht kein Anspruch auf Aufwendungsersatz. Dieser übersteigende Teil kann auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Erstattungshöchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen

Die Erstattungshöchstbeträge nach Absatz 1 gelten nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn

- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif ZS90 wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif ZS90 angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif ZS90 bis zu dem Erstattungshöchstbetrag angerechnet, der sich aus Satz 1 ergibt.

2.2.2.12 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wir empfehlen, uns bei folgenden Leistungen einen Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung einzureichen:

- Zahnersatz nach Ziffer 2.2.2.3,
- Inlays nach Ziffer 2.2.2.3,
- implantologischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.4 sowie

- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.8.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzen wir tarifgemäß.

2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten für den Tarif ZS90 nicht.

2.2.3 Versicherte Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlungen im Ausland?

2.2.3.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

2.2.3.4 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält und sich dort behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Behandlungen in Deutschland ist in Ziffer 2.2.2 festgelegt.

2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlungen im Ausland?

Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.3 gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Wir erbringen die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

2.2.3.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz in allen europäischen Ländern (siehe Ziffer 1.1.6 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein).

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas gilt für diesen Tarif Ziffer 1.1.6 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein sowie folgende Regelungen:

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung darüber hinaus verlängert werden.

(2) Ausnahme bei Gesundheitsgefahr durch Rückreise

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 2 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde. Die Begrenzung auf längstens weitere 2 Monate nach Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

Wenn nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.6 und 1.1.7) und nach Ziffer 2.2.3.2 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach Ziffer 2.2.2 auch für Behandlungen innerhalb Deutschlands versichert sind.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen, die nach Ziffer 2.2.2 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind. Wenn eine geringere Erstattung vereinbart ist, weil die Behandlung von einem Arzt oder Zahnarzt ohne deutsche Kas sen-Zulassung gemacht worden ist, gilt diese nicht für eine Behandlung im Ausland. Das betrifft unsere Leistungen für Zahnersatz und Inlays, Zahnbehandlung, Aufbissbehelfe und Schienen sowie Kieferorthopädie.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Ausland ortsüblichen Kosten, jedoch nicht mehr als der Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre.

Es gelten damit die Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffer 2.2.2 auf die Gebührensätze nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen sowie die Höchstbeträge nach Ziffer 2.2.2.11.

2.2.3.4 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten für den Tarif ZS90 nicht.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, in Krankenhäusern oder in medizinischen Versorgungszentren durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwenderersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

2.3.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und
- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen für Behandlung in Deutschland gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Aufwendungen für Behandlung im Ausland (siehe dazu Ziffer 2.2.3) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche Maß, jedoch maximal das in Deutschland übliche Maß, nicht übersteigen.

2.4 Besondere Obliegenheit nach diesem Tarif

Welche Obliegenheit ist bei weiteren Krankenversicherungen neben Tarif ZS90 zu beachten?

(1) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Abweichend zu der Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie uns nur dann unverzüglich informieren, wenn für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwenderersatz für zahnärztliche Leistungen (Zahnbehandlung oder Zahnersatz) abgeschlossen wird.

(2) Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung

Verletzen Sie oder die →versicherte Person die Obliegenheit nach Absatz 1 vorsätzlich oder grob fahrlässig, richten sich die Rechtsfolgen nach Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

2.5 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen die Grundabsicherung

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch die Grundabsicherung in Anspruch genommen werden kann?

Ergänzend zu Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt:

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall Leistungen aus der Grundabsicherung beanspruchen kann, gehen auch diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, muss der Leistungsanspruch gegen die Grundabsicherung an uns →schriftlich abgetreten werden. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

2.6 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe

Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 21, 31, 41, 51 oder 61 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen.

2.7 Besondere Regelungen zur Beitragsanpassung

Welche Besonderheit gilt bei der Beitragsanpassung?

Abweichend von Ziffer 1.7.1.1 Absatz 1 Satz 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erfolgt eine Anpassung erst dann, wenn die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige →Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt.

Im Übrigen gilt Ziffer 1.7.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert.

2.8 Verzicht auf Kündigungsrecht

Was gilt ergänzend für unser ordentliches Kündigungsrecht?

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erklären.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(2) Ordentliche Kündigung

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt. Es gilt jedoch die →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren (Ziffer 1.9.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Bitte vergleichen Sie außerdem Ziffer 1.9.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Dort ist festgehalten, wie sich das Versicherungsjahr bemisst.

Dadurch können Sie erstmals im November des zweiten Versicherungsjahrs zum Ablauf der Mindestversicherungsdauer kündigen.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung

Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.