

## Tarif Z90Bonus:

### Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

---

#### 1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach Tarif Z90Bonus ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Z90Bonus abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

Die Versicherung nach Tarif Z90Bonus wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Altersrückstellung gebildet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Behandlung erfolgte.

#### 2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandelnde über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die gesetzliche Krankenkasse abrechnet.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

##### a) Tarifliche Leistung

Für erstattungsfähige Rechnungsbeträge leistet der Tarif wie folgt:

- 100 Prozent für **professionelle Zahnreinigung** einschließlich **zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht und die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat. Erstattungsfähig sind diese Maßnahmen insgesamt bis zu zweimal pro Kalenderjahr, jeweils bis zu 60 Euro. Beginnt die Versicherung nach Tarif Z90Bonus erst nach dem 30. Juni eines Jahres, sind diese Maßnahmen im ersten Kalenderjahr nur einmal erstattungsfähig.

Als professionelle Zahnreinigung gelten das Entfernen von harten und weichen Zahnbelägen sowie die in diesem Zusammenhang durchgeführten weiteren zahnprophylaktischen Leistungen, nämlich das Erstellen eines Mundhygienestatus, die Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, die Beseitigung von Verfärbungen, die lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnschmelze und die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen;

- 90 Prozent für **Zahnbehandlung**, wobei auch Anspruch auf hochwertige Füllungen besteht. Aufwendungen für Inlays und professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen sind hierunter nicht erfasst und an anderer Stelle geregelt. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Ist es möglich, die Behandlung als Ganzes über die GKV abzuwickeln, so wird weder ersatzweise noch zusätzlich eine private Rechnung akzeptiert;
- 90 Prozent für **Zahnersatz**, wenn die Rechnung keine privatärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung). Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
- 80 Prozent für **Zahnersatz**, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile nach GOZ enthält (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige bzw. von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung), sowie 80 Prozent für **Inlays**.

Kann der Versicherte zum Beispiel durch ein Bonusheft oder einen von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplan für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 90 Prozent.

Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

- 80 Prozent für **Kieferorthopädie**, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
- 80 Prozent für **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer Einstufung in KIG<sup>1</sup> 3, 4 oder 5 erbracht werden, wenn für diese Mehrleistungen kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Für diese Mehrleistungen ist die **tarifliche Gesamterstattung während der gesamten Vertragslaufzeit** des Tarifs auf 1.000 Euro begrenzt.

### Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandelnden. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

### b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Z90Bonus
im 1. Jahr	1.000 €
in den ersten 2 Jahren insgesamt	2.000 €
in den ersten 3 Jahren insgesamt	3.000 €
in den ersten 4 Jahren insgesamt	4.000 €
in den ersten 5 Jahren insgesamt	5.000 €
ab dem 6. Jahr	unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn nach Tarif Z90Bonus gerechnet. Unter einem Jahr ab Versicherungsbeginn wird somit ein Zeitraum von zwölf Monaten verstanden.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

## 3. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 1 Teil II (4) der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Abweichend von § 8a Teil I (2) der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ergänzend zu § 8a Teil II (1) 2. der AVB zahlen Erwachsene ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 36., 41., 46., 51., 56. oder 61. Lebensjahr vollenden, den ihrem tariflichen Lebensalter entsprechenden Neuzugangsbeitrag. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

<sup>1</sup> Hinweis zur Kieferorthopädie:

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV (ausgenommen für Mehrleistungen).

#### **4. Anpassung des Versicherungsschutzes**

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.