

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen Tarif ZahnPlus - Kurzbezeichnung ZP01 - Zusatzversicherung für zahnärztliche Heilbehandlung Einzelversicherung B3 51 321

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 398.

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Wer ist nach diesem Tarif versicherungsfähig und was gilt bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?
- § 3 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu?
- § 4 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
- § 5 Was gilt ergänzend für den Leistungsumfang?
- § 6 Ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes erforderlich?
- § 7 Welche Wartezeiten sind vereinbart?
- § 8 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?
- § 9 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif ZP01 zu beachten?
- § 10 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

In diesen Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 2 Wer ist nach diesem Tarif versicherungsfähig und was gilt bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben. Das Versicherungsverhältnis endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Satz 1.

(2) Die Regelungen zur Versicherungsfähigkeit nach Abs. 1 gelten auch für versicherte Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegen.

Teil I § 2 Abs. 2 gilt insoweit nicht.

§ 3 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu?

(1) Allgemeine Bestimmungen

a) Grundsätzliches zu den versicherten Leistungen

Aufwendungen nach Abs. 2 werden mit Ausnahme von Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die in der GKV Versicherte zu leisten haben, ersetzt. Hat der Versicherte einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Soweit in Abs. 2 nichts anderes geregelt ist, gilt:

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Heilbehandlung Aufwendungen nach Abs. 2, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechenbar sind. Die Aufwendungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden GOZ und GOÄ erstattungsfähig.

Aufwendungen für zahntechnische Leistungen nach der jeweils geltenden GOZ sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes ZP01 für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrunde gelegt.

b) Bedeutung des Behandlungsdatums

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen nach Abs. 2 ist das Behandlungsdatum.

(2) Versicherte Leistungen

Übersicht: In diesem Tarif sind Aufwendungen für folgende Leistungen versichert:

- a) Zahnersatz und Inlays
- b) Implantologische Leistungen
- c) Arzneimittel

Im Einzelnen sind folgende Leistungen vorgesehen:

a) Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays

aa) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen

- 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen (maximale Tarifleistung) unter Anrechnung der GKV-Leistung für Behandlungen im Rahmen einer Regelversorgung nach § 55 SGB V. Das gilt nur für Behandlungen, für die keine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.
- 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen (maximale Tarifleistung) unter Anrechnung der GKV-Leistung für Behandlungen, die über eine Regelversorgung nach § 55 SGB V hinausgehen oder von dieser abweichen. Das gilt für Behandlungen, für die jedenfalls teilweise eine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird.

bb) Anrechnung der GKV-Leistung

1. Anrechnung der GKV-Leistung in tatsächlicher Höhe

Der auf die Aufwendungen erbrachte Zuschuss der GKV sowie ein in der GKV für die versicherte Person gemäß § 53 SGB V getragener Selbstbehalt werden in tatsächlicher Höhe durch Abzug auf die maximale Tarifleistung angerechnet. Unter Anrechnung des Abzuges nach Satz 1 ist abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 die Gesamterstattung auf die in aa) genannten Sätze begrenzt.

Sofern die GKV die Aufwendungen bezuschusst hat, sind ergänzend zu Teil I § 13 Abs. 1 Originalrechnungen oder

Rechnungszweitschriften mit einer Bestätigung der GKV über die Höhe der erbrachten Zuschüsse vorzulegen.

2. Anrechnung als GKV-Leistung in pauschaler Höhe

Hat die GKV die Aufwendungen für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten), Inlays sowie für die jeweils in diesem Zusammenhang erbrachten zahn-technischen Leistungen nicht bezuschusst, werden abweichend von 1. pauschal 40% der erstattungsfähigen Aufwendungen als GKV-Leistung zugrunde gelegt und durch Abzug auf die maximale Tarifleistung angerechnet.

Diese Anrechnung in pauschaler Höhe erfolgt nur, soweit Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten), Inlays sowie für die jeweils in diesem Zusammenhang erbrachten zahn-technischen Leistungen gegenüber der GKV besteht, die Aufwendungen aber nicht von der GKV bezuschusst wurden.

cc) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen, einschließlich Brücken, Stif-zähnen, Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen (Veneers) sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen),
2. die mit Leistungen nach 1. in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen,
3. Einlagefüllungen (Inlays),
4. die im Zusammenhang mit Leistungen nach 1. bis 3. anfallenden zahntechnischen Leistungen, soweit sie im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 SGB V berechnet werden oder bei Behandlungen mit privat Zahnärztlichem Vergütungsanteil im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes ZP01 für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt sind, sowie
5. die im Zusammenhang mit Leistungen nach 1. bis 3. stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie verordneten Arzneimittel.

b) Implantologische Leistungen

Wir ersetzen 70% der Aufwendungen für implantologische Leistungen, die gemäß dem Gebührenabschnitt über implantologische Leistungen der jeweils geltenden GOZ berechnungsfähig sind, einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens, sowie verordneten Arzneimittel.

c) Arzneimittel

Aufwendungen für Arzneimittel werden wie die Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet werden.

Erstattungsfähig sind zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sowie Verbandmaterialien, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. 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.

(3) Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Für die Leistungen nach Maßgabe von Abs. 1 und 2 wird in Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

§ 4 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifes ZP01 gelten bei Aufwendungen nach § 3 pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 400 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 800 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 1.200 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 1.600 EUR während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 400 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag eines der nachfolgenden Leistungsabschnitte verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für die Leistungsabschnitte 2, 3 und 4.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (z. B. Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird. Ein Unfall liegt ebenfalls nicht vor, wenn beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

(2) Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif ZP01 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif ZP01 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt angerechnet.

§ 5 Was gilt ergänzend für den Leistungsumfang?

(1) Weitere Ausschlüsse und Einschränkungen

Ergänzend zu Teil I § 4 Abs. 1 leisten wir auch nicht für kieferorthopädische Behandlung.

(2) Besonderheiten für unser Herabsetzungsrecht

Anstelle von Teil I § 4 Abs. 2 Satz 1 und 2 treten folgende Regelungen:

a) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

b) Aufwendungen nach GOÄ und GOZ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen außerhalb der Regelversorgung nach § 55 SGB V, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

§ 6 Ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes erforderlich?

Bei Zahnersatz, Inlays sowie implantologischen Leistungen empfehlen wir, uns nach Befunderhebung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen bekannt. Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan sind erstattungsfähige Behandlungskosten.

§ 7 Welche Wartezeiten sind vereinbart?

Es gelten die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Teil I § 5, so dass die achtmonatige Wartezeit auch für Inlays und implantologische Leistungen gilt.

§ 8 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?

(1) Wir sind unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes und Teil I § 31 berechtigt, auch die erstattungsfähigen Höchstbeträge im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes ZP01 für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, zu ändern.

(2) Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 30 können die nach § 4 tariflich vorgesehenen Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.

§ 9 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif ZP01 zu beachten?

(1) Neben dem Tarif ZP01 darf für eine versicherte Person keine weitere nicht substitutive Krankheitskostenversicherung, die Leistungen für Zahnersatz erstattet, bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden.

(2) Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, so richten sich die Folgen nach Teil I § 20. Dies gilt gleichermaßen bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit durch eine versicherte Person.

§ 10 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 16 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.

Anlage

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifes ZP01

Wichtige Informationen:

Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen gilt nicht, soweit diese Leistungen im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 SGB V berechnet werden.

Im Übrigen gilt: Leistungen, die nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag	
		EUR*
Aufbissschiene/Knirscherschienen/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	161,10	Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - einflächig
Aufstellen Grundeinheit	31,10	Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - mehrflächig
Aufstellen je Zahneinheit	7,90	Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - zweiflächig
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	48,30	Keramikkrone/Presskeramikkrone/Glaskeramikkrone
Auswerten eines Registrates	6,90	Keramikteilkrone/Presskeramikteilkrone/Glaskeramikteilkrone/Keramikteilonlay/Presskeramikonlay/Glaskeramikonlay
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	27,60	Keramikverblendschale/Keramikveneer
Basis/Basisteil unterfüttern/erneuern	75,90	Keramikverblendung
Bisswall aus Wachs	11,50	Konfektionsgeschiebe
Brückenglied aus Keramik	104,70	Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvanokrone
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	36,80	Kronen- oder Brückengliedreparatur
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	9,20	Kunststoffinlay/Kunststoffonlay
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	15,00	Kunststoffkrone
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	9,20	Kunststoffverblendung
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdentalklammer-Knopfklammer/Approximalklammer-Auflage-Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	13,80	Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	40,30	Leistungseinheit Sprung, Bruch Wiederbefestigung eines Zahnes, Basisteil aus Kunststoff
Fertigstellen je Zahneinheit	5,20	Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	36,80	Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	18,40	Lötfreie Verbindung
Gebogene Retention, je Retention	11,50	Lötung
Gegossene Retention, je Retention	28,70	Mehraufwand für Einstellen nach Zentrikregistrat
Grundeinheit Fertigstellung	69,00	Meso-/Mesiostruktur auf Implantat
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	78,20	Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - einflächig	55,20	Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	84,00	Minioplastschiene
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	66,70	Modell
Gussonlay/Gussteilkrone	78,20	Modell oder Zahnkranz bearbeiten
Hilfsteil in Abdruck	9,80	Modell untersockeln
Implantatausgleichskrone gegossen	63,90	Modell vermessen
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	17,30	Modellimplantat repositionieren
Individueller Löffel/ Funktionslöffel	33,40	Modellmontage in Artikulator
Individuelles Geschiebe	135,80	Modellpaar sockeln, dreidimensional
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	40,30	Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen
Kauffläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	31,10	Montage eines Gegenkiefermodelles
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - dreiflächig	166,80	Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese
		Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone
		Radieren nach System
		Registrierhilfen/Registrierhilfen
		Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)
		Remontage-Modell
		Reponieren eines Stumpfes
		Riegel
		Rillen-Schulter-Geschiebe
		Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit
		Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkauffläche
		Schubverteilungsarm
		Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)
		Selektives Einschleifen
		SET-UP/WAX-UP je Zahn
		Silikonschlüssel
		Spezialmodell
		Split-Cast Sockel an Modell
		Steg, Grundeinheit
		Steg, Längeneinheit
		Steggeschiebe
		Stiftaufbau (gegossen)
		Stumpf einschl. aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin

Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	66,50
Stumpfmodell/Sägmodell	15,00
Teleskopkrone/Konuskrone	234,90
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	4,60
Übertragungskappe	39,10
Umlaufende Fräsung	12,70
Umstellen je Zahneinheit	6,80
Unterfütterbarer Abschlussrand	13,80
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Verschraubung/Verbolzung	51,80
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	34,50
Wurzelstift gegossen	39,10
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	5,80
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	7,50
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	23,00
Zahnfleisch je Zahneinheit	48,30
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	20,70
Zahnkranz ausgießen	11,50
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	28,80
Zweiarmige Klammer/Bonwillklammer/Bonyhardklammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurfklammer	23,00
Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	16,10

* zuzüglich der jeweils gültigen MwSt.

Im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen anfallende Materialkosten (Kosten für Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich MwSt. erstattungsfähig.

Darüber hinaus fallen Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte als gesondert berechnungsfähig aufgeführt sind, unter den Versicherungsschutz.