

Tarif Zahn comfort (Z2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.10.2013

Der Tarif Z2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Z2U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich der anzurechnenden Vorleistungen der GKV und Erstattungen Dritter zu 70 %,

mindestens jedoch den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Erstattet werden jedoch höchstens die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe Nr. 2.2).

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- | | |
|----------------------|------------|
| - im 1. Kalenderjahr | 1.000 EUR, |
| - im 2. Kalenderjahr | 2.000 EUR, |
| - im 3. Kalenderjahr | 3.000 EUR, |

- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 70 %;
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR
zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.
- Aufwendungen für Behandlungen wegen einer bei Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft sowie Entbindung einschließlich jeweiliger Komplikationen und Folgen

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2013 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.