

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif ZahnBest Zusatzversicherung für zahnärztliche Heilbehandlung Einzelversicherung B2 51 386

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B2 51 298.

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 und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 4 Wie erfolgt die Anrechnung der GKV-Leistung in tatsächlicher Höhe und wie hoch ist die pauschale Anrechnung bei nicht von der GKV bezuschussten Aufwendungen?
- § 5 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 6 Was gilt ergänzend für den Leistungsumfang?
- § 7 Welche Wartezeiten sind vereinbart?
- § 8 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?
- § 9 Was gilt für unser ordentliches Kündigungsrecht?
- § 10 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif ZahnBest zu beachten?
- § 11 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 Absatz 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 und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

(1) Wir erstatten nachstehende Aufwendungen mit Ausnahme von Zuzahlungen im Sinne von § 61 SGB V, die in der GKV zu leisten sind.

Die Aufwendungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen nach der jeweils geltenden GOZ sind erstattungsfähig, soweit sie im

Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ZahnBest für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrundegelegt.

a) Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten), Inlays sowie zahntechnische Leistungen 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen (maximale Tarifleistung) unter Anrechnung der GKV-Leistung.

Die Höhe der Tarifleistung hängt davon ab, ob die GKV einen Zuschuss erbracht oder die Aufwendungen nicht bezuschusst hat (siehe § 4).

b) Implantologische Leistungen
80% der erstattungsfähigen Aufwendungen

c) Professionelle Zahnreinigung
80% der erstattungsfähigen Aufwendungen, maximal 50 EUR pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

(2) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn bei Aufwendungen nach Abs. 1 a) bis b)

a) Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZahnBest gelten bei Aufwendungen nach Abs. 1 a) bis b) pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 600 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 900 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 1.200 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 1.500 EUR während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 600 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.

Ab dem 49. Monat: Erstattung von maximal 8.000 EUR innerhalb von 48 Monaten.

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.

b) Tarifwechsel
Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung

auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif ZahnBest angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif ZahnBest bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt angerechnet.

(3) Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Inlays, zahntechnischen Leistungen sowie implantologischen Leistungen ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2.500 EUR übersteigen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen bekannt. Die Aufwendungen des Heil- und Kostenplanes sind erstattungsfähige Behandlungskosten.

(4) Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Für die Leistungen nach Maßgabe von Abs. 1 bis 3 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.

§ 4 Wie erfolgt die Anrechnung der GKV-Leistung in tatsächlicher Höhe und wie hoch ist die pauschale Anrechnung bei nicht von der GKV bezuschussten Aufwendungen?

(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 Abzugs nach Satz 1 ist abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 die Gesamterstattung auf 80% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.

Sofern die GKV die Aufwendungen bezuschusst hat, sind ergänzend zu Teil I § 12 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 zahntechnischen Leistungen nicht bezuschusst, werden abweichend von Abs. 1 Satz 1 pauschal 40% der erstattungsfähigen Aufwendungen als GKV-Leistung zugrundegelegt und durch Abzug auf die maximale Tarifleistung angerechnet.

§ 5 Welche Aufwendungen erstatten wir?

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Heilbehandlung nachstehende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden GOZ und GOÄ berechenbar sind, sowie zahntechnische Leistungen nach Abs. 3, soweit diese im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes Zahn-Best für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt sind.

(1) Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) prothetische Leistungen, einschließlich Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen (Veneers) sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen),

b) die mit Leistungen nach a) in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen sowie

c) die mit Leistungen nach a) bis b) in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie verordneten Arzneimittel.

(2) Inlays

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) und die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie verordneten Arzneimittel.

(3) Zahntechnische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen nach der jeweils geltenden GOZ, die im Zusammenhang mit Aufwendungen nach Abs. 1 a) bis b) oder Abs. 2 anfallen, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ZahnBest für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt sind.

(4) Implantologische Leistungen

Erstattungsfähig sind die 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 sowie verordneten Arzneimittel.

(5) Arzneimittel

Erstattungsfähig nach Abs. 1 c) sowie Abs. 2 und Abs. 4 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.

(6) Professionelle Zahnreinigung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Die Aufwendungen werden dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt ist.

(7) Für kieferorthopädische Behandlung besteht keine Leistungspflicht.

§ 6 Was gilt ergänzend für den Leistungsumfang?

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

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.

(2) Aufwendungen nach GOÄ und GOZ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

§ 7 Welche Wartezeiten sind vereinbart?

Es gelten die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Teil I § 5. Für die Professionelle Zahnreinigung gilt die allgemeine Wartezeit.

§ 8 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?

(1) Wir sind unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes und Teil I § 29 berechtigt, auch die erstattungsfähigen Höchstbeträge im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ZahnBest für zahn-technische 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 § 28 können die nach § 3 Abs. 1 und 2 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 Was gilt für unser ordentliches Kündigungsrecht?

Unser ordentliches Kündigungsrecht ist ausgeschlossen.

§ 10 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif ZahnBest zu beachten?

(1) Neben dem Tarif ZahnBest 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 § 19. Dies gilt gleichermaßen bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit durch eine versicherte Person.

§ 11 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 § 15 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 16 Abs. 2 Rechnung getragen.

Anlage

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs ZahnBest

Wichtige Informationen:

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/Knirscherschleife/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	161,10	
Aufstellen Grundeinheit	31,10	
Aufstellen je Zahneinheit	7,90	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	48,30	
Auswerten eines Registrates	6,90	
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	27,60	
Basis/Basisteil unterfüttern/erneuern	75,90	
Bisswax aus Wachs	11,50	
Brückenglied aus Keramik	104,70	
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	36,80	
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	9,20	
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	15,00	
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	9,20	
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-klammer-Knopfklammer/Approximalklammer-Auflage-Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	13,80	
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	40,30	
Fertigstellen je Zahneinheit	5,20	
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	36,80	
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	18,40	
Gebogene Retention, je Retention	11,50	
Gegossene Retention, je Retention	28,70	
Grundeinheit Fertigstellung	69,00	
Gussinlay/Galvano-inlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	78,20	
Gussinlay/Galvano-inlay (ohne Verblendung) - einflächig	55,20	
Gussinlay/Galvano-inlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	84,00	
Gussinlay/Galvano-inlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	66,70	
Gussonlay/Gussteilkrone	78,20	
Hilfsteil in Abdruck	9,80	
Implantatausgleichskrone gegossen	63,90	
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	17,30	
Individueller Löffel/Funktionslöffel	33,40	
Individuelles Geschiebe	135,80	
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	40,30	
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	31,10	
Keramikinlay/Presskeramik-inlay/Glaskeramik-inlay - dreiflächig	166,80	
Keramikinlay/Presskeramik-inlay/Glaskeramik-inlay - einflächig	143,80	
Keramikinlay/Presskeramik-inlay/Glaskeramik-inlay - mehrflächig	172,50	

Keramikinlay/Presskeramik-inlay/Glaskeramik-inlay - zweiflächig	155,30
Keramikkrone/Presskeramikkrone/Glaskeramikkrone	149,50
Keramikteilkrone/Presskeramikteilkrone/Glaskeramikteilkrone/Keramikteilonlay/Presskeramikonlay/Glaskeramikonlay	170,20
Keramikverblendschale/Keramikveneer	170,20
Keramikverblendung	87,80
Konfektionsgeschiebe	98,90
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvanokrone	84,00
Kronen- oder Brückengliedreparatur	39,10
Kunststoffinlay/Kunststoffonlay	57,50
Kunststoffkrone	73,60
Kunststoffverblendung	63,30
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	25,30
Leistungseinheit Sprung, Bruch Wiederbefestigung eines Zahnes, Basisteil aus Kunststoff	9,20
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	11,50
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	17,30
Lötfreie Verbindung	10,40
Lötung	16,10
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrikregistrat	9,20
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	63,90
Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention	28,80
Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	111,60
Mini-plastschiene	69,00
Modell	13,80
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	3,50
Modell untersockeln	8,10
Modell vermessen	6,30
Modellimplantat repositionieren	9,80
Modellmontage in Artikulator	15,00
Modellpaar sockeln, dreidimensional	38,00
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	18,40
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,20
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	95,50
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	46,00
Radiieren nach System	5,80
Registrierhilfen/Registrat	19,60
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	58,70
Remontage-Modell	28,80
Reponieren eines Stumpfes	4,40
Riegel	196,70
Rillen-Schulter-Geschiebe	137,50
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	9,20
Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	46,00
Schubverteilungsarm	86,30
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	25,30
Selektives Einschleifen	35,70
SET-UP/WAX-UP je Zahn	11,50
Silikonschlüssel	4,00
Spezialmodell	38,00
Split-Cast Sockel an Modell	17,30
Steg, Grundeinheit	43,70
Steg, Längeneinheit	9,20
Steggeschiebe	135,10
Stiftaufbau (gegossen)	44,90
Stumpf einschl. aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	19,70
Stumpf scannen, digitalisieren, 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.