Tarif dentZE.100
Versicherung für Zahnersatz

Fassung Juli 2016

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentZE.100

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten 90-100% der Kosten für:

- Zahnersatz
- Inlays
- Narkose und Akupunktur bis insgesamt 250 € pro Kalenderjahr

Es gelten Höchstbeträge für die Leistung in den ersten 5 Kalenderjahren.

Inhalt

I. Wer kann sich versichern? ... 2

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen? ... 2

1. Was erstatten wir? ... 2
2. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger? ... 2
3. Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays? ... 2
4. Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur? ... 3
5. Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen? ... 3
6. Wann empfehlen wir einen Heil- und Kostenplan vorzulegen? ... 3
7. Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können? ... 3

III. Welche Wartezeiten sind vereinbart? ... 3

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen? ... 3

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern? ... 4

Fachbegriffe ... 4

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung dort, dann endet auch diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

1. Was erstatten wir?

Muss sich der Versicherte ambulant bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das
  - im Rahmen der → Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen bzw.
  - nach → BEMA

  berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

2. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und/oder anderer Kostenträger muss der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns nachweisen.

- Hat die GKV für Zahnersatz oder Inlays (siehe II.3. keine Leistung erbracht oder
- besteht für diese Leistungen kein Anspruch auf eine Vorleistung der GKV,

setzen wir 50% der Kosten als Vorleistung der GKV an.

Von der tariflichen Erstattung ziehen wir die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger ab.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

3. Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?

3.1 Welche Kosten erstatten wir?

Wir erstatten die Kosten für Inlays aus Metall, Keramik oder Kunststoff und für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen.

Als Zahnersatz gelten:

- Prothesen,
- Kronen,
- Brücken,
- Implantate und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens,
- Verblendungen (außer Weisheitszähne), auch wenn diese medizinisch nicht notwendig sind,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz und Schienentherapie anfallen sowie
- Reparatur von Zahnersatz.

3.2 In welcher Höhe erstatten wir diese Kosten?

- Die gesamte Behandlung ist im Rahmen der → Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält keine privaten Vergütungsanteile des Zahnarztes nach den → Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ). Dann erstatten wir
  - 100% der Kosten.
- Die Behandlung ist nicht oder nur teilweise im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält private Vergütungsanteile des Zahnarztes nach GOZ/GOÄ. Dann erstatten wir
  - 90% der Kosten, oder
  - 100% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten 5 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein → Bonusheft nachweisen.

  Sie erhalten von uns aber mindestens den Betrag, den wir im Fall der Regelversorgung bezahlen würden.

4. Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?

Wir erstatten die Kosten für

- Analgosedierung und
- Lachgassedierung.

Zusätzlich erstatten wir die Kosten für Akupunktur, auch wenn diese medizinisch nicht notwendig ist.

Voraussetzung dafür ist, dass die oben genannten Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen.

Wir erstatten

- 90% der Kosten, oder
- 100% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten 5 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein → Bonusheft nachweisen.

Höchstens erhalten Sie von uns insgesamt 250 € pro Kalenderjahr.

5. Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?

Sie erhalten von uns höchstens folgende Leistungsbeträge:

insgesamt
- 1.000 € im 1. Kalenderjahr,
- 2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,
- 3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,
- 4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,
- 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr,
- unbegrenzt ab dem 6. Kalenderjahr.

Diese Höchstbeträge reduzieren sich um 75%, wenn der Versicherte bei Vertragsschluss

- mindestens einen fehlenden Zahn hat oder
- dieser durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzt ist.

Die genannten Höchstbeträge beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines → Unfalls behandeln lassen, gelten diese Höchstbeträge nicht. Dies setzt voraus,

- dass sich der Unfall nach Abschluss des Vertrages ereignet hat und
- Sie uns dies nachweisen.

Wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife mit Leistungen für Zahnersatz in diesen Tarif, gilt für die Höchstbeträge:

- Wir berücksichtigen die Dauer des bisherigen Tarifs und
- rechnen daraus erstattete Leistungen an.

6. Wann empfehlen wir einen → Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Legen Sie uns bitte den (von der GKV genehmigten) Heil- und Kostenplan vor, bevor der Zahnarzt den Versicherten behandelt.

7. Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir immer folgende Unterlagen:

- Die Rechnungen des Zahnarztes und des Labors;
- Ein Nachweis, aus dem hervorgeht,
  - ob und wenn ja, welche Vorleistungen die GKV und/oder ein anderer Kostenträger erbracht hat und
  - welche Leistungen die GKV auf einen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet hat und.

Lässt ein Versicherter einen fehlenden Zahn ersetzen, müssen Sie uns nachweisen, wann er diesen Zahn verloren hat.

III. Welche → Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom → Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 18 Jahre,
- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?

Wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern, können wir die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüfen und anpassen. Wann das möglich ist lesen Sie in § 9 der AVB/ZV 2016.

Wenn die GKV ihre Leistung für Zahnersatz ändert, gilt dies ebenfalls. Dann überprüfen wir, wie sich die Änderung auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs auswirkt und passen diese eventuell an. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Auch die Beträge, die Sie von uns im Leistungsfall höchstens erhalten, können wir ändern, wenn

- wir die Beiträge anpassen und
- der Treuhänder zustimmt.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit → gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2025 – 1989 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

BEMA - Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen

Der BEMA bildet die Grundlage für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen innerhalb der GKV in Deutschland.

Bonusheft

Im Bonusheft hält der Zahnarzt die Termine der Untersuchung bzw. Prophylaxe fest. Es dient als Nachweis, dass der Versicherte regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt ist.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten, der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

Regelversorgung

Der als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehene Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand wird als Regelversorgung bezeichnet.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.