

Vertragsgrundlage 556

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif Zahn Klassik

Seite 1 von 4

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Zahnzusatzversicherungen (AVB Teil I) und ist nach Art der Schaden kalkuliert.

A. Allgemeine Regelungen

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif **Zahn Klassik** sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn die Mitgliedschaft in der GKV entfällt. Der Entfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit endet auch die Versicherung im Tarif **Zahn Klassik**.

Heilfürsorge

Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge sind Mitgliedern der GKV gleichgestellt und dementsprechend versicherungsfähig. Alle weiteren Regelungen dieses Tarifs mit Bezug zur GKV gelten ebenfalls analog für die Heilfürsorge.

Vorleistung

Der Tarif **Zahn Klassik** ergänzt die Leistungen der GKV bzw. der Heilfürsorge, die stets vorrangig in Anspruch zu nehmen sind. Besteht ein Anspruch auf Leistungen aus einer GKV bzw. der Heilfürsorge, erfolgt eine Leistung aus diesem Tarif nur für den Teil der Aufwendungen, der nach Abzug der Vorleistungen verbleibt. Als Vorleistung gelten auch Selbstbehalte, welche der Versicherte mit der GKV vereinbart hat. Vorleistungen sind dem Versicherer für die Leistungsbearbeitung und Erstattung der eingereichten Belege nachzuweisen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung gegebenenfalls der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähige Leistungen und Leistungsvoraussetzungen

Erstattungshöhe

1. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Zahnersatzmaßnahmen. Darunter fallen:

- **Teilweiser Zahnersatz durch Zahnkronen** einschließlich Vollkronen, Teleskopkronen, Teilkronen wie z.B. Onlays und Overlays
- **Vollständiger Zahnersatz** einschließlich Voll- oder Teilprothesen, Brücken inkl. Stützähne und implantatgetragener Zahnersatz
- **Verblendungen, Lumineers und Veneers (Verblendschalen)**
- **Implantologische Leistungen** einschließlich Implantaten, chirurgischer Maßnahmen wie z.B. dem Knochenaufbau (Augmentation) sowie digitale Volumetomographie (DVT)
- **Kurz- und Langzeitprovisorien**

Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Zahnersatzmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden:

- **Reparaturen**
- **Funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen**
- **Zahntechnischen Leistungen** (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen).

Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes (z.B. fehlender Zahn), erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung **zu 80%**.

Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 40%.

Bei Regelversorgung, bei der die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile enthält, erfolgt die Erstattung zu 100%.

2. Füllungstherapien

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Füllungstherapien. Darunter fallen:

- Einlagefüllungen (Inlays), auch Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, Aufbaufüllungen
- Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen
- Zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen)
- **Kurz- und Langzeitprovisorien**

Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung **zu 100%**.

Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 60%.



3. Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind Aufwendungen bei zahnärztlich erbrachten Leistungen für: - Wurzelbehandlungen (Endodontische Behandlungen) wie z.B. Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen und elektrometrische Längenbestimmungen - Parodontosebehandlungen einschließlich spezieller Verfahren im Rahmen der Parodontitis-Behandlung wie z.B. der Schleimhauttransplantation oder die Früherkennung durch Bakterien-/DNA-Tests und mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest).	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100% .
4. Aufbissbehelfe und Schienen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen des Kausystems und Kiefergelenke. Unter den Versicherungsschutz fallen: - Aufbissbehelfe und Schienen (wie z.B. Knirscherschienen) Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Aufbissbehelfen und Schienen im direkten Zusammenhang stehenden: Reparaturen, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen, zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten). Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100% .
5. Laser und Operationsmikroskope Erstattungsfähig sind Zuschläge für die Anwendung eines Lasers und eines Operationsmikroskops.	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu dem gleichen Prozentsatz, wie die zugrundeliegende Hauptleistung.
6. Schmerzausschaltung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Vermeidung von Schmerzen. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel: - Akupunktur - Analgo-Sedierung (z.B. Dämmerschlaf) - Lachgas-Sedierung - Vollnarkose - Hypnose Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn diese unmittelbar mit einer in diesem Tarif erstattungsfähigen Hauptleistung aus den Abschnitten B. 1., B. 2., B. 3., B. 9. und B. 10. erbracht werden.	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100% . Die Leistung ist auf maximal 500 Euro je Versicherungsjahr begrenzt.
7. Zahnvorsorge / Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten inklusive professioneller Zahnreinigung. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel: - Fissuren-Versiegelungen - Fluoridierungs-Maßnahmen - Professionelle Zahnreinigung (PZR) (wie z.B. Reinigung der Zahn-Zwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächen-Politur) - Laborkosten für Prothesenreinigungen - Mundhygienestatus-Erstellung und Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen - Kontrolle des Übungserfolges - Behandlung überempfindlicher Zähne - Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger - Zahnsteinentfernung Aufwendungen für die Professionelle Zahnreinigung (PZR) sind nur einmal je Versicherungsjahr erstattungsfähig. Die Leistungen der Zahnprophylaxe können auch durch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) erbracht werden.	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100% .



8. Zahnaufhellung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulant erbrachte zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching). Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu 100% . Die Gesamtleistung ist dabei auf maximal 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren begrenzt.
9. Kieferorthopädie für Erwachsene: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn sie nach Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde und die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel: - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 80% . Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.
10. Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel: - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.	Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 80% . Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.
Anerkannte Leistungserbringer	
Leistungen werden von folgenden Behandlern und Leistungserbringern übernommen: - Niedergelassene Zahnärzte und Ärzte, die nach deutschem Recht approbiert sind - Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind (§ 95 SGB V) Werden Leistungen nach B. 3. und B. 10. von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40% des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet und von der Erstattung des Versicherers abgezogen. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.	
Honorar- und Preisgrenzen	
Erstattungsfähig sind die Kosten für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die den Regeln der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) entsprechen und abgerechnet werden. Die Erstattung ist dabei auf den 5-fachen Satz der GOZ/GOÄ begrenzt. Liegt die Erstattung über dem Höchstsatz, werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung gemäß § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte getroffen wurde. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.	
Heil- und Kostenplan	
Wir empfehlen, uns vor Beginn der Behandlung (Zahnersatz und Kieferorthopädie) einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne, mit welchen Leistungen zu rechnen ist. Sollte uns vorab keinen Heil- und Kostenplan vorliegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen. Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden im Rahmen der tariflichen Leistungen erstattet, sofern uns dieser vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird. Tarifliche Leistungsbegrenzungen werden angerechnet.	

C. Leistungsbegrenzungen

Höchstleistungsbetrag für alle Leistungen gemäß Abschnitt B. 1. - B. 5.

Die Leistungen gemäß B. 1. - B. 5. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.

Die nachfolgenden Höchstleistungsbeträge gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Als Unfall gilt jedoch nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Im ersten Versicherungsjahr maximal: 1.500 EUR

In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal: 3.000 EUR

In den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal: 4.500 EUR

In den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal: 6.000 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.

Anrechnung von Vorversicherungszeiten

Bestand für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem anderen deutschen Versicherer mit einem Erstattungssatz von mindestens 80% für Zahnersatz, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 6 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende Begrenzung:

Im ersten Versicherungsjahr maximal: 1.500 EUR

In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal: 3.000 EUR

Ab dem dritten Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung. Ein Nachweis über die Vorversicherungszeit ist spätestens mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz zu erbringen. Erfolgt der Nachweis nicht, werden die Vorversicherungszeiten nicht angerechnet.

Höchstleistungsbetrag für Kieferorthopädie bei Kindern/ Jugendlichen, gemäß Abschnitt B. 10.

Die Leistungen gemäß B. 10. sind in den ersten zwei in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.

Im ersten Versicherungsjahr maximal: 500 EUR

In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal: 1.000 EUR

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.

D. Weitere Regelungen

1. Innovations- und Zukunftsgarantie (Anpassung an den medizinischen Fortschritt)

Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden regelmäßig neue zahnmedizinische Behandlungsmethoden und Technologien entwickelt. Im tariflichen Umfang leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die erst in der Zukunft von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden.

2. Wartezeiten:

Abweichend von § 5 AVB Teil I bestehen keine Wartezeiten.

3. Laufzeit und Kündigung durch den Versicherungsnehmer

In Abweichung zu § 16 Abs. 1 AVB Teil 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis - vorbehaltlich der nachstehenden Regelung - zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen kündigen.

Sollte in den ersten zwei Jahren ab Versicherungsbeginn ein Leistungsfall eintreten, gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn als vereinbart. In dem Fall kann der Vertrag erstmalig zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit mit einer Frist von 15 Tagen gekündigt werden.

