Zahnzusatzversicherung Tarif MediZ Duo 80 für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.04.2021)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009*)

Der Versicherungsschutz

A. Allgemeine Bestimmungen
1. Versicherungsfähigkeit

B. Tarifleistungen/ Leistungen des Versicherers
1. Zahnersatz
2. Zahnbehandlung
3. Höhe der Erstattung/ Leistungsbegrenzung
4. Professionelle Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe/ Zahnaufhellende Maßnahmen
5. Kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall
6. Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung
7. Innovationsvorsorge

C. Begriffsbestimmungen/ Umfang der Leistungspflicht
D. Ende der Versicherung/ Obliegenheit
E. Beiträge

* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsfähigkeit

Tarif MediZ Duo 80 kann nur von Personen abgeschlossen werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (vgl. Abschnitt D).

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Zahnersatz

Ersetzt werden zusammen mit den Vorleistungen der GKV insgesamt

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnersatz (vgl. Abschnitt C.1 und C.2) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V, sofern privatzahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnersatz (vgl. Abschnitt C.1 und C.2) im Rahmen privatzahnärztlicher Versorgung (vgl. Abschnitt C.4).

Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, werden pauschal 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages von den tariflichen Leistungen abgezogen.

1.1 Zukunftsvorsorge

Falls sich Leistungen der GKV zukünftig ändern, werden für eine medizinisch notwendige Behandlung die Leistungen für Zahnersatz aus MediZ Duo 80 weiterhin im tariflich vereinbarten Umfang erbracht.

2. Zahnbehandlung

Ersetzt werden zusammen mit den Vorleistungen der GKV insgesamt

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für

- allgemeine Leistungen,
- konservierende Leistungen (Ausnahme Inlays und Kronen, vgl. Abschnitt B.1 und C.1),
- chirurgische Leistungen,
- Kunststofffüllungen, Kompositfüllungen,
- Röntgenleistungen,
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums; (vgl. Abschnitt C.3).

Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, werden pauschal 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages von den tariflichen Leistungen abgezogen.

3.
Höhe der Erstattung/ Leistungsbegrenzung

Die Leistungen für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1) und Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt B.2) nach Tarif MediZ Duo 80 sind zusammen in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt:

1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,
2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (vgl. Abschnitt C.7).

3.1
Höhe der Erstattung/ Leistungsbegrenzung bei Wechsel

Besteht für die versicherte Person bis zum Beginn der Versicherung in Tarif MediZ Duo 80 eine Vorversicherung

- bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder
- innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (vgl. Abschnitt C.7),

die einen Erstattungssatz von 70 % oder mehr für privatzahnärztliche Zahnersatzleistungen (vgl. Abschnitt C.15) vorsieht, gilt Folgendes:

Die Leistungen für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1) und Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt B.2) nach Tarif MediZ Duo 80 sind in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt **3.000 Euro**.

3.2
Wegfall der Leistungsbegrenzung nach Unfall

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt C.8) entfallen die Leistungsbegrenzungen (Höchstsätze) nach Abschnitt B.3 und B.3.1.

4.
Professionelle Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe/ Zahnaufhellende Maßnahmen

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnprophylaxe-Maßnahmen, professionelle Zahnreinigung sowie zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) (vgl. Abschnitt C.9) bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von insgesamt **200 Euro** pro Kalenderjahr.

Als Zahnprophylaxe-Maßnahmen werden anerkannt:

- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kariesrisikodiagnostik.

4.1
Elektrische Zahnbürste

Als zusätzliche Maßnahme der Zahnprophylaxe besteht innerhalb der ersten zwölf Monate nach Versicherungsbeginn einmalig ein Anspruch auf eine elektrische Zahnbürste nach den Vorgaben der Gothaer Krankenversicherung AG. Die Vorgaben stellt der Versicherer auf Anfrage gerne zur Verfügung.

5.
Kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall

Ersetzt werden zusammen mit etwaigen Vorleistungen der GKV insgesamt

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für kieferorthopädische Behandlung (vgl. Abschnitt C.10) für Erwachsene infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt C.8) bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von maximal **5.000 Euro** je Versicherungsfall (vgl. Abschnitt C.2).

Als Erwachsener gilt, wer das 21. Lebensjahr vollendet hat.

Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn und nach Vollendung des 21. Lebensjahres eintreten.

5.1
Kieferorthopädische Leistungen

Als kieferorthopädische Leistungen werden beispielsweise auch anerkannt:

- Mehrkosten für Brackets (z. B. Mini-, Kunststoff-, Keramikbrackets),
- Mehrkosten für Bögen,
- unsichtbare Zahnschienen (z. B. Invisalign),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- zahntechnische Material- und Laborkosten.

6.
Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach den Abschnitten B.1 bis B.5 für

- Narkosen, auch Vollnarkose, durch Narkose-/ Zahnärzte,
- Akupunktur, Lachgas, Sedierung (Dämmerschlaf), Hypnose,

bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von insgesamt **250 Euro** pro Kalenderjahr.

7.
Innovationsvorsorge

Zukünftig neu hinzukommende medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlungsmaßnahmen gemäß GOZ/ GOÄ nach den Abschnitten B.1 bis B.4 sind im tariflich vereinbarten Umfang versichert.

C. Begriffsbestimmungen/ Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt:

   - Einlagefüllungen (Inlays),
   - Cerec-Behandlungen,
   - Keramikverblendschalen (Veneers),
   - Kunststoff- und Keramikverblendungen,
   - Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
   - prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur),
   - DROS-Schienen, Aufbissbehelfe und Schienen, nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung,
   - Implantate,
   - implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen,
   - augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung, Sinuslift),
   - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
   - digitales Röntgen im Rahmen der GOÄ,
   - digitale Volumentomografie im Rahmen der GOÄ,
   - Material- und Laborkosten,
   - OP-Mikroskop (Zuschlag im Rahmen einer Implantatbehandlung nach GOZ-Ziffer 0110),
   - Anästhesie,
   - Kosten für den Heil- und Kostenplan,
     die mit den genannten Leistungen im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

   Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8, Implantate unbegrenzt erstattungsfähig.

2. Für die Inanspruchnahme von Behandlungen nach Abschnitt B.1 und B.5 (Zahnersatzleistungen und kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall) empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan zusammen mit der Genehmigung/ Vorleistung bzw. Ablehnung der GKV einzureichen. Der Heil- und Kostenplan sollte auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthalten.

   Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.

3. Als Aufwendungen für Zahnbehandlungen werden im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ auch anerkannt:

   - Wurzelbehandlung,
   - digitales Röntgen,
   - OP-Mikroskop (GOZ-Ziffer 0110),
   - Laserbehandlung (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0120),
   - Bakterien-/ DNA-Test,
   - Schleimhaut-Transplantation im Rahmen einer Parodontitisbehandlung nach GOZ-Ziffer 4133 (Mundschleimhautbehandlung),
   - Material- und Laborkosten.

4. Privatzahnärztliche Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ, GOÄ) bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens anerkannt.

5. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.

6. Auf Verlangen des Versicherers ist als Nachweis für die Ablehnung der GKV die Rechnung mit entsprechendem Vermerk oder ein Ablehnungsbescheid der GKV einzureichen.

7. Errechnet sich aufgrund der Leistungsbegrenzung bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers während der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Maßnahmen als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Duo 80 für Zahnersatz bzw. Zahnbehandlung ab dem vierten Versicherungsjahr nach Ablauf der Leistungsbegrenzung.

8. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

   Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn eintreten.

9. Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) in Anspruch genommen werden.

   Voraussetzung für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) ist, dass diese Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis durchgeführt werden.

10. Voraussetzung für eine kieferorthopädische Behandlung ist, dass diese Maßnahme von einem Kieferorthopäden oder Fachzahnarzt für Kieferorthopädie durchgeführt wird.

11. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.

12. Entstandene Aufwendungen sind durch Rechnungen (Kopien ausreichend) nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV bzw. die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt angegeben sind.

13. Die Erstattung aus Tarif MediZ Duo 80 darf zusammen mit der Vorleistung der GKV die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

14. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.

15. Bei Tarifen mit ansteigenden Erstattungsprozentsätzen, abhängig von einer regelmäßig durchgeführten zahnmedizinischen Prophylaxe (Vorsorge), gilt der höchste im Tarif vorgesehene Erstattungsprozentsatz für privatzahnärztliche Zahnersatzleistungen.

D. Ende der Versicherung/ Obliegenheit

Erläuterung

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediZ Duo 80 endet mit Ausscheiden aus der deutschen GKV zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

E. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.

2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

4. Von einer Beitragsanpassung (vgl. § 18 AVB Teil I) wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.