

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung für Gruppenverträge

Teil II: Tarife ZB1F, ZB2F und ZB3F der Zahn-Zusatzversicherung

Stand: 01.05.2021

Die Tarifbeschreibung gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
I Erstattungsmerkmale	3
1 Erstattungshöchstbetrag	3
2 Zuordnung der Kosten	3
3 Verhältnis zu weiteren Leistungen des Versicherers	3
II Unsere Leistungen	3
1 Zahnersatz	3
2 Zahnbehandlung	3
3 Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)	4
4 Professionelle Zahnreinigung	4
5 Kieferorthopädie	4
6 Allgemeine Leistungen	4
7 Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	5
8 Gebührenordnung	5
9 Heil- und Kostenplan	5
10 Behandlungen im Ausland	5
III Wartezeiten	5
IV Beiträge	5
1 Beitragsberechnung	5
2 Beitragsanpassung	5
V Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten	6
1 Beendigung	6
2 Fortführungsmöglichkeiten	6
VI Glossar	7

Wir unterscheiden den Versicherungsnehmer und die versicherte Person voneinander. Versicherungsnehmer ist der Mitarbeiter, der im Rahmen einer betrieblichen Krankenversicherung im Tarif ZBO versichert ist oder unmittelbar aus Tarif ZBO in Tarif ZBF umgestellt hat. Versicherte Personen sind die Familienangehörigen, für die dieser Vertrag abgeschlossen wird.

Wenn der Mitarbeiter aus dem Tarif ZBO in Tarif ZBF umgestellt hat, ist er gleichzeitig der Versicherungsnehmer und auch versicherte Person.

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten aus dem jeweiligen Tarif 100 % für:

- Zahnersatz
- Zahnbehandlung
- Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge
- Professionelle Zahnreinigung (einmal jährlich)
- Kieferorthopädie
- Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Für alle Leistungen erhalten Sie insgesamt pro Kalenderjahr aus dem Tarif:

ZB1F	ZB2F	ZB3F
500 Euro	1.000 Euro	1.500 Euro

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den folgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die zahnärztliche Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 7.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif aufgenommen werden Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder dort einen Anspruch auf Familienversicherung haben
oder
- einen Anspruch auf **freie Heilfürsorge** haben
und
- unmittelbar aus dem Tarif ZBO umstellen, wenn der Tarif ZBO wegen
 - Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Arbeitgeber,
 - Eintritt in die Altersrenteoder
 - Eintritt in ein ruhendes Arbeitsverhältnisbeendet wurde
oder
- als Familienangehörige innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages in der betrieblichen Krankenversicherung angemeldet werden. Familienangehörige sind: Ehepartner, Lebenspartner, Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft und Kinder bis zum 34. Lebensjahr, solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. unterhaltsberechtig sind.

I Erstattungsmerkmale

1 Erstattungshöchstbetrag

Für **alle** unter II. aufgeführten Leistungen erstatten wir insgesamt maximal je versicherter Person und je Kalenderjahr aus dem Tarif:

ZB1F	ZB2F	ZB3F
500 Euro	1.000 Euro	1.500 Euro

Beginnt die Versicherung nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, vermindert sich für dieses Kalenderjahr der vorgesehene Erstattungshöchstbetrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

2 Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet
oder
- wir Leistungen zur Vorsorge erbracht haben.

Das Rechnungsdatum ist dafür nicht maßgeblich.

3 Verhältnis zu weiteren Leistungen des Versicherers

Leistungen aus dem Tarif ZBF gehen den Leistungen aus unseren anderen Tarifen vor. Die Erstattung erfolgt also zunächst aus dem Tarif ZBF. Verbleibende Rechnungsbeträge werden nach den anderen Tarifen erstattet, soweit sie dort **erstattungsfähig** sind.

II Unsere Leistungen

1 Zahnersatz

Versichert sind zum Beispiel:

- Brücken,
- Kronen (auch Einzelkronen),
- implantologische Leistungen (beispielsweise Implantate und dafür notwendige Knochenaufbauten),
- Veneers,
- Verblendungen und individuelle Zahnfarbenbestimmung bis einschließlich Zahn 6,
- Stiftzähne,
- Prothesen,
- Reparaturen von Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch notwendigen Leistungen wie:

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Aufbaufüllungen,
- Kurz- und Langzeitprovisorien,
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie (Gnathologie) in Verbindung mit Zahnersatz.

2 Zahnbehandlung

Versichert sind zum Beispiel:

- konservierende Leistungen (beispielsweise Zahnfüllungen, auch Kunststofffüllungen, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen oder Wurzelkanalbehandlungen),
- chirurgische Leistungen (beispielsweise Wurzelspitzenresektion),
- Inlays (auch Cerec-Inlays),
- Onlays,
- Overlays,
- Parodontalbehandlungen (beispielsweise VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation oder Bakterien-/DNA-Test),

- zusätzliche Anwendung von Laser oder OP-Mikroskop,
- Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen und Knirscherschienen, DROS-Schienen),
- Gnathologie in Verbindung mit Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch notwendigen Leistungen wie:

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Provisorien.

3 Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)

Versichert sind zum Beispiel:

- Erstellen eines Status der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- Beurteilen der Mundhygiene und des Zustands des Zahnfleisches sowie die Kontrolle des Übergangserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen,
- Aufklären über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridieren zur Härtung des Zahnschmelzes,
- Behandeln von sehr empfindlichen Zahnflächen sowie
- Zahnversiegelung (Fissurenversiegelung)

4 Professionelle Zahnreinigung

Darunter fällt das Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen, ausgenommen ist das Bleaching. Die Leistungen für die professionelle Zahnreinigung mit der Gebührennummer 1040 GOZ können einmal jährlich in Anspruch genommen werden.

5 Kieferorthopädie

(1) Versichert sind kieferorthopädische Leistungen, wenn die Behandlung vor dem 18. Geburtstag beginnt. Wir erstatten auch zusätzliche kieferorthopädische Leistungen im tariflichen Umfang, also sogenannte Mehrleistungen.

Versichert sind zum Beispiel:

- Mini-, Keramik- oder Kunststoffbrackets,
- farblose Bögen,
- Lingualtechnik,
- festsitzende Retainer,
- unsichtbare Zahnspangen (beispielsweise Invisalign).

Für gesetzlich Versicherte gilt:

Nicht versichert ist der Eigenanteil, den Sie nach der Behandlung von der GKV zurückerhalten (§ 29 SGB V).

(2) Für Behandlungen, die nach dem 18. Geburtstag beginnen, leisten wir nur, wenn diese wegen eines Unfalls notwendig werden. Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Ein Unfall liegt in folgendem Fall vor: Die versicherte Person erleidet durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Schädigung der Gesundheit.

6 Allgemeine Leistungen

In Zusammenhang mit den Leistungen nach 1, 2 und 5 erstatten wir auch die Kosten für allgemeine Leistungen.

Versichert sind zum Beispiel:

- Beratungen,
- Heil- und Kostenpläne,
- Anästhesien,
- Röntgenbilder,
- zahntechnische Leistungen, die der Zahnarzt selbst erbringt oder in Auftrag gibt (Material- und Laborkosten).

7 Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Versichert sind besondere, nicht medizinisch notwendige, Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, zum Beispiel:

- Akupunktur,
- Lachgas-Sedierung,
- Hypnose,
- Vollnarkose.

8 Gebührenordnung

Wir erstatten zahnärztliche Abrechnungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

Zahntechnische Leistungen, die der Zahnarzt selbst erbringt oder beauftragt, müssen nach der GOZ abgerechnet werden (Material- oder Laborkosten, siehe Ziffer 6).

9 Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, für Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlungen vor Beginn einen Heil- und Kostenplan bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen.

Wenn Sie uns keinen Heil- und Kostenplan vorlegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

10 Behandlungen im Ausland

Für Behandlungen im Ausland ersetzen wir maximal die Kosten, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zahlen würden.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten haben.

III Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

IV Beiträge

1 Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters.

Ab dem 20. und 70. Geburtstag gilt folgende Regelung: Die versicherte Person zahlt ab dem auf den Geburtstag folgenden Kalenderjahr den Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

(3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie 20 Jahre alt werden, den Beitrag für Kinder.

2 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheiten**:

- ZB1F Erwachsene
- ZB1F Kinder
- ZB2F Erwachsene
- ZB2F Kinder
- ZB3F Erwachsene
- ZB3F Kinder.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Eine Beitragsanpassung erfolgt nicht, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

Ein Beispiel: Eine besonders schwere Grippewelle verursacht einmalig sehr hohe Kosten, die so für die Zukunft nicht wieder zu erwarten sind.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

V Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1 Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

- a) die Versicherung bei der GKV oder der **freien Heilfürsorge** endet,
- b) der Gruppenvertrag mit dem Arbeitgeber endet,
- c) die versicherte Person die Voraussetzungen als Familienangehöriger nicht mehr erfüllt,
- d) die Versicherung für den Versicherungsnehmer endet

oder

- e) der Versicherungsnehmer aus dem Unternehmen ausscheidet, mit dem ursprünglich der Gruppenversicherungsvertrag bestand, es sei denn, der Versicherungsnehmer tritt in den Ruhestand ein.

(2) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt.

Wir müssen innerhalb von zwei Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung nach Ablauf des Monats, in dem wir informiert werden.

(3) Es gelten daneben die Regelungen aus Abschnitt D.3. Absätze 2, 3 und 4 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

2 Fortführungsmöglichkeiten

(1) Wenn die Beendigungsgründe a), c), d) oder e) eintreten, kann die versicherte Person die Versicherung im Tarif ZP fortsetzen. Dabei wird der Tarif ZB1F im Tarif ZP5 und die Tarife ZB2F und ZB3F im Tarif ZP7 fortgesetzt.

(2) Wenn der Beendigungsgrund b) eintritt, kann die versicherte Person die Versicherung im Tarif ZBF in der gleichen Tarifstufe fortsetzen.

(3) Die Fortsetzung muss die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung des Tarifs ZBF bei uns beantragen.

Für die Fortsetzung führen wir keine neue **Gesundheitsprüfung** durch.

VI Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Erstattungsfähige Kosten: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag oder den erstattungsfähigen Kosten.

Gebührenordnungen für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmemeentscheidung und die Beitragsberechnung.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (**Alterungsrückstellungen**) werden nicht gebildet.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.