

Zahnezusatztarif

ZE 80

Ergänzungstarif für Zahnersatz und professionelle
Zahnreinigung

Zahnezusatztarif

Ergänzungstarif für Zahnersatz und professionelle Zahnreinigung

ZE 80

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

A Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif ZE 80 sind Personen versicherungsfähig, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung nach Tarif ZE 80 endet für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.

Neben dem Tarif ZE 80 darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung mit Zahnersatzleistungen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG bestehen oder abgeschlossen werden.

B Leistungen des Versicherers

1. Aufwendungen für Zahnersatz

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für Zahnersatz:

- Einlagefüllungen/Inlays,
- Zahnkronen jeder Art/Veneers/Onlays,
- prothetische Leistungen (z. B. Brücken, Prothesen),
- provisorische und langzeitprovisorische Versorgung,
- Reparaturen von Zahnersatz,
- Aufbissbehelfe und Schienen (z. B. Knirscherschienen),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- implantologische Leistungen (inkl. knochenbauender, augmentativer Maßnahmen)

einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z. B. Anästhesieleistungen/Röntgendiagnostik) soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,

- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der ortsüblichen Preise berechnet sind.

1.2 Erstattungshöhe

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 1.1 ergeben, werden zu

80%

ersetzt; bei Inanspruchnahme der kassenärztlichen Regelversorgung (ohne privatärztlichen Vergütungsanteil) erhöht sich die Erstattung auf

100%.

Von der tariflichen Leistung wird die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger abgezogen.

Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, gilt dieser gleichfalls als Vorleistung der GKV.

Werden für die gewählte Versorgung zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde), gelten pauschal 40% der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.3 Erstattungsbegrenzung in den ersten vier Kalenderjahren

Der Erstattungsbetrag ist in den ersten vier Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn je versicherte Person wie folgt begrenzt:

Im ersten Kalenderjahr auf 800,- EUR;

in den ersten zwei Kalenderjahren insgesamt auf 1.200,- EUR;

in den ersten drei Kalenderjahren insgesamt auf 1.600,- EUR;

in den ersten vier Kalenderjahren insgesamt auf 3.200,- EUR.

Die Aufwendungen werden stets dem Kalenderjahr der Behandlung zugeordnet.

Ab dem 5. Kalenderjahr gilt die volle tarifliche Leistung ohne Summenbegrenzung.

Bei Aufwendungen infolge eines Unfalls entfallen die Höchstgrenzen dieser Staffeln, sofern der Unfall nach Abschluss des Vertrages eingetreten ist.

2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung

Aufwendungen für professionelle Zahnreinigungsmaßnahmen werden kalenderjährlich bis zu **50,- EUR** erstattet.

3. Erstattungs Voraussetzungen

Ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV und/oder anderen Kostenträgern ist in vollem Umfang vorab in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.

Bei Vorleistung der GKV ist jeweils eine Kopie der spezifizierten Gesamtrechnung mit Erstattungsvermerk der Krankenkasse vorzulegen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

Wir empfehlen, vor Beginn der eigentlichen Behandlungsmaßnahme einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

C Anpassung des Versicherungsschutzes

Änderungen der Zahnersatzversorgung der GKV gelten als Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer gegebenenfalls notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Zahnersatzleistungen wider.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in Tarif ZE 80 auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

