

Tarif CEZE

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZE für die Versicherung der Kosten zahnärztlicher Leistungen für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.10.2021

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Kostenerstattung für Heilbehandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland (vgl. § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i. V. m. Buchstabe a) sind die Kosten für Leistungen nach Abschnitt B dem Grunde und der Höhe nach auf diejenigen Leistungen begrenzt, die bei Behandlung der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen wären.

Die unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt.

c) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

d) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- bzw. Notfallambulanz, Hochschulambulanz oder Bereitschaftspraxis.

e) Leistungspflicht bei Kriegereignissen

Als Kriegereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. für die Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

f) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt / Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

g) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

Versicherungsfähig sind, sofern keine abweichende Vereinbarung getroffen wird, ausschließlich Personen, die

- in der deutschen GKV versichert sind,
- Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V haben und
- nicht bei einem anderen Versicherer eine weitere private Zahnzusatzversicherung für die Versicherung der Kosten für Zahnersatz, Zahnbehandlung oder Kieferorthopädie vereinbart haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteiles vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungs- gemäß gekündigt wird.

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfallen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Leistungen der GKV bzw. anderer ggf. vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen. Die Vorleistungen sind auf den Rechnungsbelegen durch einen Erstattungsvermerk der GKV bzw. anderer ggf. vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter nachzuweisen.

Wird eine Leistung der GKV auf einen bei dieser bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

I. Leistungsumfang

Die Kosten für die nachfolgenden tariflichen Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. Zahnbehandlung

Erstattet werden zusammen mit der Vorleistung der GKV insgesamt 100 % der Kosten für

- a) Plastische Füllungen,
- b) Wurzelbehandlungen,
- c) Parodontosebehandlungen (Behandlungen von Parodontitis) sowie
- d) Aufbissbehelfe und Schienen.

2. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen

In Erweiterung zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gelten auch zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen als Versicherungsfall.

Erstattet werden zusammen mit der Vorleistung der GKV 100 % der Kosten für zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen bis zu insgesamt 250,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) sind erstattungsfähig, wenn sie in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden und zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

3. Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung

Erstattet werden zusammen mit der Vorleistung der GKV

- a) die im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen), wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile enthält, insgesamt mit 100 %;
- b) die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält, insgesamt mit 100 %.

Erbringt die GKV keine Leistung, werden 30 % der erstattungsfähigen Kosten als fiktive Vorleistung der GKV abgezogen.

4. Funktionsdiagnostik

Erstattet werden die Kosten für Funktionsdiagnostik mit 100 %.

5. Besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Erstattet werden die Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen mit 100 % bis zu insgesamt 250,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

II. Leistungsstaffel

Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und die damit im Zusammenhang stehende Funktionsdiagnostik werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten vier Kalenderjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag
von insgesamt 1.500,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag
von insgesamt 3.000,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag
von insgesamt 4.500,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag
von insgesamt 6.000,- Euro.

Bestand für die versicherte Person bis zum Versicherungsbeginn nach diesem Tarif nachweislich seit mindestens drei vollen Kalenderjahren ununterbrochen eine private Zahnzusatzversicherung mit einem tariflichen Erstattungsprozentsatz von mindestens 80 % (inklusive Vorleistung der GKV oder eines anderen vorleistungspflichtigen Erstattungsverpflichteten) für privat Zahnärztlichen Zahnersatz bei einem anderen Versicherer, gelten folgende maximale Erstattungsbeträge, die auf die ersten zwei Kalenderjahre begrenzt sind:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag
von insgesamt 1.500,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag
von insgesamt 3.000,- Euro.

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben.

Das erste Kalenderjahr endet zum Ablauf des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif begonnen hat.

III. Erläuterungen

1. Als Kosten für

- a) plastische Füllungen gelten Gebühren für zahnärztliche Aufwendungen für Kunststoff-, Komposit- und dentin-adhäsive Füllungen.
- b) Wurzelbehandlung gelten Gebühren für Aufbereitung und Versorgung der Wurzelkanäle und des Zahnes sowie Wurzelspitzenresektionen.

Ferner zählen zu den Kosten für Wurzelbehandlung auch in diesem Rahmen erforderliche

- Röntgenaufnahmen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie),
- Lokalanästhesien,
- Kontrollen und Nachbehandlungen nach chirurgischem Eingriff,
- photodynamische Therapien,
- elektronische Wurzellängenmessungen,
- elektrophysikalisch chemische Spülungen der Wurzelkanäle,
- thermisch erwärmte Wurzelkanalfüllungsmaterialien sowie
- der Einsatz von OP-Mikroskopen und Laser.

- c) Parodontosebehandlung (Behandlung von Parodontitis) gelten Gebühren für parodontalchirurgische und regenerative Maßnahmen zur Wiederherstellung des Aufbaus und der Funktion des Zahnhalteapparates.

Ferner zählen zu den Kosten für Parodontosebehandlung auch in diesem Rahmen erforderliche

- Schleimhauttransplantationen,
- Röntgenaufnahmen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie),
- Lokalanästhesien,
- Kontrollen und Nachbehandlungen nach parodontalchirurgischem Eingriff,
- photodynamische Therapien,
- Speicheltests zur Keimbestimmung sowie
- die VECTOR-Methode und
- der Einsatz von OP-Mikroskopen und Laser.

- d) Aufbissbehelfe und Schienen gelten Gebühren für zahnärztliche Aufwendungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (z. B. Knirscherschienen) einschließlich der damit verbundenen Vor- und Nachbehandlungen sowie Material- und Laborkosten, sofern diese Maßnahmen nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

2. Als Kosten für Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung gelten Gebühren für Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen

- die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne,
- die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, auch mittels VECTOR-Methode,
- die mikroinvasive Kariesinfiltration,
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächenpolitur sowie die Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.

3. Als Kosten für Zahnersatz gelten Gebühren für

- prothetische zahnärztliche Leistungen (Voll- und Teilprothesen), Brücken, Stiftzähne,
- Kronen und Inlays (auch als vollkeramische Versorgung, z. B. mit Erstellung im CEREC-Verfahren),
- Onlays, Overlays,
- Veneers, Lumineers,
- Verblendungen (z. B. Keramik- und Kunststoffverblendungen),
- die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie
- Material- und Laborkosten.

Ferner zählen zu den Kosten für Zahnersatz die damit zusammenhängenden Gebühren für

- Heil- und Kostenpläne,
- Lokalanästhesien (außer Narkosen),
- Abformungsmaßnahmen sowie
- Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie).

Als Kosten für orale Implantate gelten Gebühren für implantologische Leistungen, Implantatkörper und implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktion) einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

Ferner zählen zu den Kosten für orale Implantate die damit zusammenhängenden Gebühren für

- Heil- und Kostenpläne,
- Lokalanästhesien (außer Narkosen),
- Abformungsmaßnahmen sowie
- Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie).

Als Kosten für augmentative Behandlungen gelten Gebühren für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

Ferner zählen zu den Kosten für augmentative Behandlung die damit zusammenhängenden Gebühren für

- Lokalanästhesien (außer Narkosen) sowie
- Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie).

Die Kosten für eine augmentative Behandlung werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten oralen Implantate erstattet.

4. Als Kosten für Funktionsdiagnostik gelten Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen einschließlich der Material- und Laborkosten des erforderlichen Zahnmodells, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz, oralen Implantaten oder Aufbissbehelfen und Schienen erfolgen.
5. Als Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gelten Gebühren für Aufwendungen zur Schmerzausschaltung und Linderung der Angstzustände, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung nach diesem Tarif entstehen. Dazu zählen
 - Analgo-Sedierung,
 - Vollnarkose,
 - Lachgas-Sedierung,
 - Akupunktur sowie
 - Hypnose.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie bei Zahnersatz, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muss. Zudem ist für die Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik eine Dokumentation über den klinischen Funktionsstatus einzureichen.

Die Höhe der Leistung anderer Erstattungsverpflichteter muss durch diese bestätigt sein.

Wenn die GKV oder ein anderer vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original sowie mit einer sachverhaltsbezogenen Begründung der GKV oder anderer Erstattungsverpflichteter, dass diese keine Erstattung vornehmen, vorgelegt werden.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den zahnmedizinischen Befund mit Angabe der behandelten Zähne, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer ist nur zur Leistung verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Hinweis:

Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.