Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung Zahn 2023
(BB Zahn Smart 2023)

(Stand 01/2026)

Liebe Kunden,

eine Zahnzusatzversicherung schützt Sie und die im Vertrag versicherten Personen vor privaten Kostenanteilen von Rechnungen zu Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen und Zahnprophylaxemaßnahmen.

Die Höhe des Versicherungsbeitrags richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.

Die “Allgemeinen Versicherungsbedingungen der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB)“ sind die Vertragsgrundlage für Ihre Zahnzusatzversicherung der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG.

Besondere Leistungshighlights haben wir in den Bedingungen mit einem  **dargestellt.**

Auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichten wir. Personenbezogene Formulierungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Ihrem besseren Verständnis dieser Versicherungsbedingungen dienen folgende rechtlich unverbindliche Begriffserläuterungen:

Versicherungsnehmer:
Das sind Sie als unser Vertragspartner und Käufer des Versicherungsschutzes.

Versicherte Person:
Das sind die im Vertrag (mit)versicherten Personen.

Versicherungsfall:
Der Versicherungsfall ist das Ereignis, für das wir Entschädigung leisten.

GKV / freie Heilfürsorge:
Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine Form der Krankenversicherung, bei der die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam getragen werden. Die freie Heilfürsorge hingegen ist eine Form der Krankenversorgung, die bestimmten Gruppen von Beamten und Soldaten in Deutschland gewährt wird und ihnen eine kostenlose medizinische Versorgung ermöglicht.
Der Versicherungsschutz i.S.d. Bedingungen kann nur abgeschlossen werden, wenn wir lediglich ergänzende Leistungen zu einem der o.g. Kostenträger erbringen.

Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung Zahn 2023
(BB Zahn Smart 2023)

Inhaltsverzeichnis

A	**Versicherungsvoraussetzungen**	**3**
1	Voraussetzungen hinsichtlich der Krankenversicherung	3
2	Voraussetzungen hinsichtlich des Wohnorts	3
3	Voraussetzungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes	3
B	**Leistungen**	**3**
1	Leistungsumfang	3
1.1	Zahnbehandlung	3
1.2	Zahnmedizinische Individualprophylaxe	3
1.3	Zahnersatz	3
1.4	Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen	3
1.5	Leistungsbegrenzungen	4
1.6	Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers	4
2	Nicht erstattungsfähige Aufwendungen	4
3	Gebührenordnung	5
4	Versicherungsschutz im Ausland	5
5	Heil- und Kostenpläne	5
C	**Sonstige Regelungen**	**5**
1	Wartezeiten	5
2	Mehrfachversicherung	5
3	Anpassung der Versicherungsleistungen	5
4	Beitrag	5
5	Anrechnung einer Vorversicherung	5
6	Laufzeit	5

A Versicherungsvoraussetzungen

Um sich in der Zusatzversicherung Zahn Smart 2023 versichern zu können, müssen alle Voraussetzungen von Abschnitt A Ziffer 1 bis 3 dieser Bedingungen erfüllt sein.

1 Voraussetzungen hinsichtlich der Krankenversicherung

Die versicherte Person kann sich in der Zusatzversicherung Zahn Smart versichern, wenn sie

– Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist

oder

– freie Heilfürsorge bezieht.

Endet die Versicherung in der GKV oder kann die versicherte Person keine Leistungen mehr aus der freien Heilfürsorge beziehen, so endet auch der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag.

2 Voraussetzungen hinsichtlich des Wohnorts

Die versicherte Person kann sich in Zahn Smart 2023 versichern, wenn der ständige Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt.

3 Voraussetzungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes

Die versicherte Person kann sich in Zahn Smart 2023 versichern, wenn

a) der versicherten Person bei Vertragsbeginn keine Zähne fehlen und kein Zahnersatz vorhanden ist, der älter als zehn Jahre ist.

b) die versicherte Person keine Teil- oder Vollprothese trägt.

c) die versicherte Person innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsbeginn wegen keiner der folgenden Krankheiten in Behandlung war:

1) Parodontose
2) Parodontitis
3) Zahnschmelzdefekt in Form von
   – Mineralisierungsstörungen
   – Abrasionen
   – Schlifffacetten

B Leistungen

1 Leistungsumfang

Leistungen aus diesem Vertrag erhält die versicherte Person, wenn eine medizinisch notwendige Heilbehandlung ansteht. Diese kann entweder kausal zu einer Krankheit oder einem Unfall sein. Dies gilt für folgende Bereiche:

1.1 Zahnbehandlung

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 75%. Als Aufwendungen für Zahnbehandlungen gelten (jeweils inklusive der Material- und Laborkosten):

- konservierende Leistungen (z.B. Wurzelkanalbehandlungen),
- dentinadhäsive Konstruktionen (z.B. Kompositfüllungen),
- chirurgische Maßnahmen (z.B. Wurzelspitzenresektion),
- parodontologische Leistungen (z.B. Taschentiefe <3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlungen knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, jedoch nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung.

1.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Der Versicherer erstattet 100% der Aufwendungen, maximal 80,00 EUR je Aufwendung und Kalenderjahr. Als zahnmedizinische Individualprophylaxe zählen folgende Leistungen:

– professionelle Zahnreinigung,
– Versiegelungen (u.a. Fissurenversiegelungen),
– Fluoridierung,
– Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test),
– Kariesrisikodiagnostik,
– Erstellung eines Mundhygienestatus,
– Kontrollen des Übungserfolges

1.3 Zahnersatz

a) Der Versicherer ersetzt, zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstiges Kostenträgers, 75% der Aufwendungen, sofern die versicherte Person die Regelversorgung der GKV / freien Heilfürsorge in Anspruch nimmt.

b) Der Versicherer ersetzt, zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstiges Kostenträgers, 75% der Aufwendungen für eine höherwertige Versorgung.

c) Als erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnersatz nach Abschnitt B Ziffer 1.3 a) und 1.3 b) gelten die folgenden Aufwendungen (jeweils inklusive Material- und Laborkosten):

– Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
– Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
– prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
– implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, Knochenaufbau,
– funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

d) Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadrant bis eischließlich Zahn 8 (Weisheitszahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

e) Der Tarif sieht keine Begrenzung der Anzahl von Implantaten vor. Im Rahmen des Versicherungsschutzes wird die Anzahl an Implantaten erstattet, welche medizinisch notwendig ist.

1.4 Ergänzende Zahnbehandlungen und

Zahnersatzleistungen

a) Funktionsanalytische Leistungen

Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Aufwendungen im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet. Dabei ist unerheblich, ob die Leistungen im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Abschnitt B Ziffer 1.1 oder 1.3 stehen (GOZ-Ziffer 8000 – 8100).

b) Laserbehandlung bei Wurzelkanalbehandlungen

Die Erstattung von Laserbehandlungen in kausalem Zusammenhang mit Wurzelkanalbehandlungen erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffer 0120 i.V.m. Ziffer 2140.

c) Laserbehandlung bei Parodontosebehandlungen

Die Erstattung von Laserbehandlungen in kausalem Zusammenhang mit Parodontosebehandlungen erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach den GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133 bzw. Zuschlag 0120.

d) Laserbehandlung bei Kariesbehandlung

Die Erstattung von Laserbehandlungen in kausalem Zusammenhang mit Kariesbehandlung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach den GOZ-Ziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170.

Laserbehandlungen im Zusammenhang mit den vorgenannten Ziffern werden im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ (Analogabrechnung) erstattet.

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für:

- OP-Mikroskop
- CEREC-Behandlungen
- Digitale Volumentomographie (DVT)
- PACT-Photoaktivierte Chemotherapie
- VECTOR-Technologie
- DROS-Schiene

1.5 Leistungsbegrenzungen

a) Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen und Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn für bereits bekannte Maßnahmen ein Risikozuschlag erhoben wird.

b) Der Versicherer begrenzt die Erstattung nach Abschnitt B Ziffer 1.1, 1.3 und 1.4 auf maximal

- 500,00 EUR im 1. Kalenderjahr
- 1.000,00 EUR in den ersten 2 Kalenderjahren,
- 1.500,00 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren,
- 2.000,00 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren,

Die Begrenzungen entfallen ab dem 5. Kalenderjahr. Sie gelten jeweils für das Kalenderjahr (01.01. – 31.12.). Beginnt der Versicherungsvertrag nicht zum 01.01. oder wird die versicherte Person nicht zum 01.01. in den Vertrag aufgenommen, so gilt das erste Kalenderjahr als Rumpfjahr und endet – unabhängig vom Beginn - dennoch am 31.12. des Jahres.

c) Wenn die Leistungen nachweislich in einem kausalen Zusammenhang zu einem Unfall stehen, entfallen die Begrenzungen auch vor dem 5. Kalenderjahr.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen plötzlich von außen auf den Körper (hier insbesondere die Zähne und den Kiefer) einwirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

d) Analog abgerechnete Ziffern i.S.d. § 6 Abs. 1 GOZ werden, sofern medizinisch notwendig, übernommen.

e) Ist die abgerechnete Ziffer lediglich medizinisch sinnvoll, so besteht kein Anspruch auf Erstattung.

1.6 Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

a) Bei Aufwendungen nach Abschnitt B Ziffer 1.1 bis 1.4 werden die Vorleistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers von den Versicherungsleistungen abgezogen. Die Leistungen der versicherten Person können so zu maximal 100% erstattet werden (vgl. § 200 VVG).

b) Wenn die versicherte Person in der GKV, der freien Heilfürsorge oder bei einem sonstigen Kostenträger einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart hat, so gilt dieser ebenfalls als Vorleistung und kann nicht erstattet werden.

c) Die versicherte Person ist verpflichtet dem Versicherer die Vorleistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nachzuweisen.

d) Die versicherte Person hat das Recht sich für eine Behandlung zu entscheiden, bei der die zustehenden Vorleistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch genommen werden (bspw. Behandlung bei einem Zahnmediziner ohne Kassenzulassung).

In diesem Fall bringt der Versicherer einen pauschalen Erstattungsbetrag in Höhe von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung in Abzug.

e) Die Regelung nach d) gilt auch dann, wenn die Behandlung im Ausland erfolgte und dadurch keine Vorleistung durch die GKV, die freie Heilfürsorge oder einen sonstigen Kostenträger erbracht wird. Rechnungen für Behandlungen im Ausland müssen:

- in deutscher Sprache, bzw. mit deutscher Übersetzung eingereicht werden und
- dem deutschen Rechnungslegungsstandard der GOZ / GOÄ entsprechen.

Gegebenenfalls entstehende Kosten für die Übersetzung von Rechnungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

a) Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsabschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn für bereits bekannte Maßnahmen ein Risikozuschlag erhoben wird.

b) Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen,

c) Teile einer Rechnung, welche die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) übersteigen,

d) kosmetische Maßnahmen,

e) medizinisch sinnvolle, aber nicht notwendige Maßnahmen,

f) reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,

g) Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten (bspw. Material- und Laborkosten) erstattet der Versicherer tarifgemäß.

3 Gebührenordnung

Die Aufwendungen für erbrachte zahnärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen.

Dies gilt bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen (3,5-facher Gebührensatz).

4 Versicherungsschutz im Ausland

a) Abweichend von § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt der Versicherungsschutz weltweit.

b) Bei Behandlungen im Ausland erstattet der Versicherer höchstens diejenigen Kosten, zu deren Erstattung er auch im Inland verpflichtet gewesen wäre.

c) Abschnitt B Ziffer 1.5 d) und 1.5 e) gelten entsprechend.

5 Heil- und Kostenpläne

Der Versicherer empfiehlt der versicherten Person bei Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Die versicherte Person erhält eine Mitteilung über die zu erstattenden Leistungen.

Falls die versicherte Person keinen Heil- und Kostenplan einreicht, hat dies keine Auswirkung auf die Erstattungshöhe.

C Sonstige Regelungen

1 Wartezeiten

a) Abweichend von § 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen betragen die Wartezeiten nach Abschnitt B Ziffer 1.1; 1.3 und 1.4 sechs Monate.

b) Die Wartezeit für Leistungen nach Abschnitt B Ziffer 1.2 entfällt.

c) Mit gesonderter Vereinbarung im Versicherungsschein kann auf die Wartezeit gem. Abschnitt C Ziffer 1 a) verzichtet werden.

2 Mehrfachversicherung

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart und nicht mit anderen, vergleichbaren Tarifen kombiniert werden.

3 Anpassung der Versicherungsleistungen

Falls sich die Leistungen der GKV, der freien Heilfürsorge oder eines sonstigen Kostenträgers und/oder die gesetzliche Vergütungsregelung für Zahnärzte und/oder Ärzte ändern und dies unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungen aus diesem Tarif hat, ist der Versicherer berechtigt die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (s. § 18 AVB). Im Sinne des §18 AVB ist der Versicherer berechtigt tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

4 Beitrag

a) Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom aktuellen Kalenderjahr das Geburtsjahr der versicherten Person abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe § 8a Abs. 3 AVB).

b) Während der ersten beiden Jahre der Vertragslaufzeit gibt es keinen Beitragsgruppenwechsel – frühstens im 3. Versicherungsjahr.

5 Anrechnung einer Vorversicherung

Besteht oder bestand für die versicherte Person unmittelbar bis zum Vertragsbeginn eine ergänzende oder ersetzende Zahnzusatzversicherung mit mindestens 50% Erstattungssatz für die Maßnahmen nach Abschnitt B Ziffer 1.3 dieser Bedingungen gilt:

a) Bestand der Vertrag mindestens 4 Jahre, so entfallen die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.5 b) ab Vertragsbeginn bei dem Versicherer.

b) Bestand der Vertrag mindestens 3 und weniger als 4 Jahre, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.5 b) nur für ein Kalenderjahr in Höhe von 500,00 EUR;

c) Bestand der Vertrag mindestens 2 und weniger als 3 Jahre, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.5 b) nur für das 1. Kalenderjahr in Höhe von 500,00 EUR und 1.000 EUR für das zweite Kalenderjahr der Vertragslaufzeit.

d) Bestand der Vertrag mindestens 1 und weniger als 2 Jahre, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.5 b) nur für das 1. Kalenderjahr in Höhe von 500,00 EUR, 1.000 EUR für das zweite Kalenderjahr und 1.500 EUR für das dritte Kalenderjahr der Vertragslaufzeit.

e) Bestand der Vertrag weniger als 1 Jahr, so gelten die Begrenzungen nach Abschnitt B Ziffer 1.5 b)

f) Auf Verlangen des Versicherers sind diesem die Voraussetzungen nach dieser Ziffer 5. nachzuweisen.

6 Laufzeit

a) Der Vertrag wird zunächst auf die Dauer von 2 Jahren geschlossen. Er kann frühstens zum Ende des zweiten Vertragsjahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Das Recht zur Kündigung i.S.d. § 8b AVB bleibt hiervon unberührt.

b) Der Vertrag verlängert sich, wenn er nicht gekündigt wird, jeweils um ein weiteres Jahr, wenn der Versicherungsnehmer nicht spätestens 1 Monat vor Ende der Vertragslaufzeit kündigt.

c) Weitere Beendigungsgründe sind z. B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, vor allem wenn die bestehende Versicherung in der GKV, bzw. der freien Heilfürsorge beendet wird.