

Tarifbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG für die Zusatzversicherung ZAHN Prestige

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Bayerischen Beamten Versicherung AG (AVB) für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung

(Stand 10.10.2017)

1. Versicherungsvoraussetzung

Sie können sich in der Zusatzversicherung ZAHN Prestige versichern, wenn Sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Außerdem muss Ihr ständiger Wohnsitz in Deutschland liegen. Endet die Versicherung in der GKV oder in der freien Heilfürsorge, endet zu diesem Zeitpunkt auch Ihre Zusatzversicherung ZAHN Prestige.

Versichert werden nur Personen, die bei Vertragsabschluss nicht mehr als drei fehlende Zähne haben und keine Teil- oder Vollprothese tragen. Außerdem darf während der letzten drei Jahre keine der folgenden Erkrankungen bestanden haben oder bestehen: Parodontose, Parodontitis, Zahnschmelzdefekt, Kiefergelenkserkrankung CMD (cranio-mandibuläre Dysfunktion).

2. Leistungsumfang

Versicherungsleistungen erhalten Sie, wenn bei Ihnen eine medizinisch notwendige Heilbehandlung ansteht, entweder wegen einer Krankheit oder in Folge eines Unfalls. Dies gilt für folgende Bereiche:

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungen zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100 %.

Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten (jeweils inklusive Material- und Laborkosten):

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

2.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Wir erstatten Ihnen 100% der Aufwendungen bis maximal 200 Euro innerhalb eines Kalenderjahres. Dazu zählen:

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

2.3 Zahnersatzmaßnahmen

Wir ersetzen die Aufwendungen zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers zu 100 %.

Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten (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.

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Im Rahmen des Tarifs wird die Anzahl der Implantate erstattet, welche medizinisch notwendig ist.

2.4 Ergänzende Zahnbehandlungen und Zahnersatzleistungen

Funktionsanalytische Leistungen

Bei medizinischer Notwendigkeit werden die Aufwendungen im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet, unabhängig davon, ob die Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen stehen (GOZ-Ziffern 8000 – 8100).

Laserbehandlung bei Wurzelkanalbehandlungen

Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach GOZ-Ziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410.

Laserbehandlung bei Parodontose-Behandlungen

Erstattung erfolgt im Rahmen der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit – im Rahmen der GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133 bzw. Zuschlag 0120.

Laserbehandlung bei Kariesbehandlungen

Erstattung erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit nach 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 erstattet.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für:

- OP-Mikroskop,
- CEREC-Behandlung,
- Digitale Volumetomografie,
- PACT-Photoaktivierte Chemotherapie,
- VECTOR-Technologie,
- DROS-Schiene.

2.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu 100% bis maximal 200 Euro pro Kalenderjahr. Dies gilt auch für Maßnahmen außerhalb der Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang steht

- mit einer umfangreichen Zahnbehandlung (s. Ziffer 2.1 z. B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen),
- oder Zahnersatzmaßnahmen (s. Ziffer 2.3).

Als besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gelten:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur,
- Hypnose.

2.6 Kieferorthopädische Behandlungen

Wir ersetzen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten. Voraussetzung ist, dass eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss. Die Behandlung darf erst nach Abschluss der Zusatzversicherung ZAHN Prestige beginnen bzw. erstmals angeraten sein.

Ersetzt werden 80% der Aufwendungen, wenn keine Leistungspflicht der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers besteht. Der Erstattungsbetrag ist dann über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 2.000 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge gemäß § 29 SGB V, erstatten wir zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers bis zu 100% der Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag ist dabei über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal 1.500 Euro begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/freien Heilfürsorge, werden Behandlungen, die nicht unter diesen Leistungsanspruch fallen, auf Grund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen tarifgemäß erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange (Invisalign), Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, Pendulum, Distal-Jet sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

2.7 Leistungsbegrenzungen

Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Falls Sie bei Vertragsabschluss **keinen** oder **einen** fehlenden Zahn haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf max.

- 1.250 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 2.500 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 3.750 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 5.000 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Falls Sie bei Vertragsabschluss **zwei** oder **drei** fehlende Zähne haben, begrenzen wir die Erstattung nach den Ziffern 2.1 und 2.3 bis 2.6 ab Versicherungsbeginn auf maximal

- 300 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 600 Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
- 900 Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
- 1.200 Euro in den ersten vier Kalenderjahren.

Diese Höchstsätze entfallen, wenn die Leistungen nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden.

Die vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt Ihre Versicherung nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

2.8 Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.5 werden die Vorleistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers (z. B. freie Heilfürsorge oder Beihilfe) von unseren Versicherungsleistungen abgezogen. So können Sie die Leistungen maximal zu 100% erstattet bekommen.

Wenn Sie in der GKV nach § 53 SGB V oder in der freien Heilfürsorge/Beihilfe einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung. Er kann also nicht erstattet werden.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

Sie können sich auch für eine Behandlung entscheiden, bei der Sie die zustehenden Leistungen der GKV oder des sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch nehmen (z.B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung). In diesem Fall rechnen wir einen pauschalen Betrag in Höhe von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung an. Das gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein sonstiger Kostenträger keine Vorleistung erbringt.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, die bereits vor Vertragsabschluss bekannt, medizinisch angeraten oder bereits begonnen waren,
- Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- kosmetische Maßnahmen,
- reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten wie z. B. Material- und Laborkosten erstatten wir tarifgemäß.

4. Gebührenordnung

Die Aufwendungen für erbrachte zahnärztliche Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) liegen. Dies gilt bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen (3,5-facher Gebührensatz).

5. Versicherungsschutz im Ausland

Abweichend von § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt der Versicherungsschutz weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind allerdings nur erstattungsfähig, wenn die Rechnungsbeträge der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Falls diese in ausländischer Währung gestellt werden, rechnen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen in Euro um, und zwar zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen (ohne Referenzkurse) gilt der jeweils neueste Stand der „Devisenkursstatistik“ der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main.

6. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen und bei kieferorthopädischen Maßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung. Falls Sie den Plan nicht einreichen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

7. Wartezeiten

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfallen in diesem Tarif sämtliche Wartezeiten.

8. Sonstige Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden oder mit anderen Zahn-Zusatzversicherungen kombiniert werden.

9. Anpassung von Versicherungsleistungen

Falls sich die Leistungen der GKV, eines sonstigen Kostenträgers oder die gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte ändern, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Zusatzversicherung ZAHN Prestige haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (siehe § 18 AVB). Nach § 18 AVB sind wir auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

10. Beitrag

Der Beitrag ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Das Alter wird berechnet, indem man vom Kalenderjahr das Geburtsjahr abzieht, unabhängig vom tatsächlichen Geburtstag (siehe AVB § 8a (3)). Während der ersten beiden Jahre der Vertragslaufzeit gibt es keinen Beitragsgruppenwechsel – frühestens im 3. Versicherungsjahr.

11. Laufzeit

Ihr Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Weitere Beendigungsgründe sind z. B. der Tod oder der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, vor allem wenn die bestehende Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge beendet wird.