

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

## TARIF ZAS

### VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR MITGLIEDER GESETZLICHER KRANKENKASSEN

### ERGÄNZUNG ZUR GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV) FÜR PRIVATZAHN- ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

#### Präambel

Der Tarif ZAS soll gesetzlich Versicherten neben ihren GKV-Sachleistungen den Zugang zu höherwertigen privat Zahnärztlichen Behandlungen beim Zahnarzt verschaffen.

Nach Tarif ZAS werden die Aufwendungen erstattet, die entstehen, wenn im Rahmen einer kassenzahnärztlichen Behandlung mit einem Zahnarzt über die GKV-Leistungen hinaus eine privat Zahnärztliche Vereinbarung über Mehrleistungen getroffen wird. Nicht versichert sind nach Tarif ZAS reine privat Zahnärztliche Behandlungen, d.h. Behandlungen, bei denen auf den GKV-Status verzichtet und für die gesamte Behandlung ein privater Behandlungsvertrag abgeschlossen wird.

---

#### 1. Versicherungsfähigkeit

---

Versicherungsfähig sind Personen, die auf Grund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland mit Versicherungsschutz für die Versorgung mit Zahnersatz versichert sind und keine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V vereinbart wird.

Bei Wegfall des Versicherungsschutzes für die Versorgung mit Zahnersatz bei dem Träger der GKV oder bei Vereinbarung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

---

#### 2. Leistungsumfang

---

Erstattungsfähig sind folgende ausschließlichen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahntechnik, die nach Umfang oder Qualität über die vertrags Zahnärztliche Versorgung und die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 SGB V hinausgehen:

a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnbehandlung

Dazu gehören:

- Kosten für endodontologische Leistungen einschließlich Wurzelspitzenresektionen, für die die GKV keine Leistungen erbringt,
- Parodontosebehandlungen, für die die GKV keine Leistungen erbringt,
- Mehrkosten für aufwändige Füllungen (dazu zählen auch Inlays/Einlagefüllungen einschließlich zahntechnischer Material- und Laborkosten) nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ff. SGB V, für die eine Mehrkostenvereinbarung getroffen worden ist.

Nicht versichert sind Leistungen für Kieferorthopädie.

- Zahnersatz nach § 55 SGB V unter Berücksichtigung der Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 SGB V.

Zum Zahnersatz zählen auch Zahnkronen, Implantate einschließlich Suprakonstruktionen, implantologische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Lesitungen; außerdem alle dafür erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen sowie Material- und Laborkosten.

Wird die Behandlung im europäischen Ausland durchgeführt, ist der Versicherer nur zu den Leistungen verpflichtet, die bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären.

- b) Die zahnärztlichen Leistungen, die nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet werden, sind bis zu dem darin festgelegten Höchstsatz (3,5-facher Satz für persönliche Leistungen, 2,5-facher bzw. 1,3-facher Satz für sogenannte medizinisch-technische Leistungen) erstattungsfähig.

Professionelle Zahnreinigung wird jährlich mit maximal 240 EUR erstattet. Beginnt das 1. Versicherungsjahr nach dem 1. 6. eines Jahres, werden nur 120 EUR übernommen.

Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung werden zu

50%

erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf

100%

wenn in den letzten drei Jahren regelmäßig zweimal jährlich eine professionelle Zahnreinigung vorgenommen wurde.

Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz werden zu

40%

erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf

80%

wenn in den letzten drei Jahren regelmäßig zweimal jährlich eine professionelle Zahnreinigung vorgenommen wurde.

Bei Implantaten und implantologischen Leistungen ist die Erstattungsfähigkeit auf maximal acht Implantate im Oberkiefer und sechs Implantate im Unterkiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate begrenzt.

Von den ermittelten Beträgen für Zahnbehandlung und Zahnersatz wird die Vorleistung der GKV abgezogen. Der sich danach ergebende Betrag ist der Erstattungsbetrag.

Diese Erstattungsbeträge für Zahnersatz sind in den ersten zwei Versicherungsjahren auf jeweils 1.000 EUR begrenzt.

In der Folgezeit sind die erstattungsfähigen Beträge für jeweils fünf folgende Jahre auf 30.000 EUR begrenzt. Von diesen erstattungsfähigen Beträgen werden die Vorleistungen der GKV abgezogen.

Jede eingereichte Rechnung muss den Nachweis der GKV-Leistung enthalten oder den Nachweis, dass keine GKV-Leistung erbracht wird.

Die von allen Kostenträgern zu erbringenden Leistungen dürfen insgesamt 100% der dem Grunde nach erstattungsfähigen Leistungen nicht übersteigen.

Bei allen Zahnersatzmaßnahmen mit einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von über 2.000 EUR ist rechtzeitig vor Beginn der Durchführung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erbracht.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100\*

(\*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)