



# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den geschlechtsunabhängig kalkulierten Zahnersatzzusatztarif ZZ20 (KV764\_201505)

## Teil II Leistungsregelungen

### Gültig in Verbindung mit

### Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

#### Inhalt

§ 1	Allgemeine Bestimmungen	§ 5	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Umfang des Versicherungsschutzes	§ 6	Monatsbeiträge
§ 3	Versicherungsleistungen	§ 7	Übertragungswert
§ 4	Wegfall von Wartezeiten		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs ZZ20

#### § 1 Allgemeine Bestimmungen

Versicherungsfähig sind privat krankheitskostenvollversicherte Personen.

Der Tarif ZZ20 kann nur von Personen abgeschlossen werden, die beim Versicherer eine Tarifstufe des geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifs TOP abgeschlossen haben. Bei Wegfall dieser Voraussetzung endet zum gleichen Zeitpunkt - auch für schwebende Versicherungsfälle - die Versicherung nach Tarif ZZ20.

#### § 2 Umfang des Versicherungsschutzes

##### (1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden.

##### (2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

- a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Zahnärzten frei.
- b) Die Aufwendungen von juristischen Personen (z. B. Instituten), die auf Veranlassung eines Zahnarztes Laborleistungen erbringen, sowie die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig.

##### (3) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

##### (4) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

#### (5) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle;
- c) für Behandlung durch Zahnärzte, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- e) übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Aufwendungen nach GOZ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

- f) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- g) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### § 3 Versicherungsleistungen

##### Grundsätzliche erstattungsfähige Höhe der Aufwendungen

Die Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sind bis zu den Höchstätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte erstattungsfähig.

- a) Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie

##### Erstattungshöhe

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie werden zu 20 % erstattet.

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch Material- und Laborkosten in angemessener Höhe.

### **Leistungsbegrenzung**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie für Inlay-Behandlungen sind pro versicherte Person und Versicherungsjahr auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt:

- 1.000,00 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 2.000,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr
- 3.000,00 EUR im dritten Versicherungsjahr
- 4.000,00 EUR im vierten Versicherungsjahr
- 5.000,00 EUR im fünften Versicherungsjahr.

Ausgehend von diesen Höchstbeträgen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend Buchstabe a Sätze 1 bis 3 errechnet. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Vom sechsten Versicherungsjahr an gelten obige Begrenzungen nicht mehr.

Diese Begrenzungen entfallen für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme, z. B. Biss auf einen Kirschkern, ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

#### **b) Leistungen im Ausland**

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne vorherigen Anzeige gemäß § 1 Abs. 4 Teil I AVB beim Versicherer Versicherungsschutz von bis zu neun Monaten. Sofern der Auslandsaufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über neun Monate hinaus ausgedehnt werden muss, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Bei Auslandsaufenthalten sind die gemäß Buchstabe a versicherten Aufwendungen zu den dort genannten Erstattungsprozentsätzen erstattungsfähig. Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils dort ortsüblichen Aufwendungen zugrunde gelegt.

Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

### **§ 4 Wegfall von Wartezeiten**

Die allgemeine und die besondere Wartezeit gemäß § 4 Teil I AVB entfallen, sofern Tarif ZZ20 zusammen mit einer privaten Krankheitskosten-Vollversicherung neu abgeschlossen wird.

### **§ 5 Sonstige Tarifbestimmungen**

#### **Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung**

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

### **§ 6 Monatsbeiträge**

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) zu zahlen.

### **§ 7 Übertragungswert**

Bei Tarif ZZ20 besteht Anspruch auf einen Übertragungswert gemäß § 13 Abs. 8 Teil I der AVB.