

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- Vollversicherung

Stand: 01.02.2017

Teil IIz: Tarif Z6SB für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Der Tarif (Teil IIz der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt zusammen mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
A. Unsere Leistungen bei zahnärztlichen Behandlungen in Deutschland	2
1. Zahnärztliche Leistungen	2
2. Zahnbehandlung und zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge	2
3. Zahnersatz	3
4. Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung)	3
5. Anrechnung anderer Leistungsansprüche	4
6. Fahrt- und Transportkosten	4
B. Unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung im Ausland	4
C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)	4
1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen	4
2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen	6
3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis	6
D. Anpassung der Erstattungsgrenzen	6
E. Zuordnung der Kosten	6
F. Kombination mit anderen Tarifen	6
Glossar	7

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Unter Berücksichtigung der mit uns vereinbarten, tariflichen Selbstbeteiligung gilt:

Wir erstatten 100 % für:

- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe (beispielsweise prof. Zahnreinigung)

Wir erstatten 60 % für:

- Zahnersatz
- Kieferorthopädie

Es bestehen Rechnungshöchstbeträge in den ersten 4 Jahren.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten A. und B.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die zahnärztliche Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 7.

Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gilt:

Wir leisten maximal bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von

- **3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr,**
- **5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr,**
- **7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.**

Danach übernehmen wir den kompletten erstattungsfähigen Rechnungsbetrag in tariflichem Umfang.

Bei einer Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen gelten die oben genannten Begrenzungen für die hinzukommenden Leistungen.

Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.

Von unseren tariflichen Leistungen ziehen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung ab.

Diese beträgt pro versicherter Person und Kalenderjahr:

Im Tarif Z6SB 480 EUR.

Bei Kindern verringert sich die Selbstbeteiligung um die Hälfte. Diese reduzierte Selbstbeteiligung gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das Kind das 15. Lebensjahr vollendet.

Ein Beispiel: Das Kind hat seinen 15. Geburtstag am 12. August 2032. Dann gilt die reduzierte Selbstbeteiligung noch bis zum 31. Dezember 2032.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach Tarif Z6SB im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn Sie eine höhere oder niedrigere Selbstbeteiligung wählen.

A. Unsere Leistungen bei zahnärztlichen Behandlungen in Deutschland

1. Zahnärztliche Leistungen

(1) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen zugelassenen (**approbierten**) Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die Zahnbehandlung durch zugelassene (**approbierte**) Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum, einer Krankenhausambulanz oder einer Zahnklinik.

(2) Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Zahnärzte** (GOZ) oder der **Gebührenordnung für Ärzte** (GOÄ). Wir erstatten keine ärztlichen Abrechnungen, die über den Höchstsätzen der jeweils gültigen **Gebührenordnung** liegen. Dies gilt auch, wenn eine Honorarvereinbarung vorliegt. Dies ist eine rechtswirksame Vereinbarung, bei der die Höhe der Gebühren von der **Gebührenordnung** abweicht.

(3) Nicht versichert sind stationär erbrachte Leistungen.

2. Zahnbehandlung und zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge

Wir erstatten 100 % des **erstattungsfähigen Rechnungsbetrags** für Zahnbehandlungen.

Dazu gehören zum Beispiel:

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Maßnahmen zur Prophylaxe),
- konservierende Leistungen (beispielsweise Zahnfüllungen),
- chirurgische Leistungen,
- Inlays,

- Onlays,
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Zahnhalteapparats (Parodontium),
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen) sowie
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie).

Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge sind zum Beispiel:

- Erstellen eines Status der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- Beurteilen der Mundhygiene und des Zustands des Zahnfleisches sowie die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen,
- Aufklären über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridieren zur Härtung des Zahnschmelzes,
- Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching),
- Behandeln von sehr empfindlichen Zahnflächen sowie
- Zahnversiegelung (Fissurenversiegelung).

3. Zahnersatz

(1) Wir erstatten 60 % des **erstattungsfähigen Rechnungsbetrags** für Zahnersatz.

Dazu gehören zum Beispiel:

- Brücken,
- Kronen (auch Einzelkronen),
- Implantate,
- Stiftzähne,
- Prothesen,
- Reparaturen von Zahnersatz sowie
- ambulante Aufbauten des Alveolarfortsatzes (zahntragender Teil des Kieferknochens) und der Kieferhöhle (Sinuslift).

Voraussetzung:

Die Maßnahmen sind für das Einbringen von Implantaten (sogenannte Knochenaufbauten) erforderlich.

Als Zahnersatz gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch erforderlichen Leistungen wie:

- Beratungen,
- Heil- und Kostenpläne,
- Röntgenbilder,
- Kieferabformungen,
- Anästhesien,
- Präparieren der Zähne,
- Aufbaufüllungen sowie
- Kurz- und Langzeitprovisorien.

(2) Wenn die Kosten voraussichtlich höher als 3.000 EUR sind, benötigen wir einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung. Liegt dieser nicht vor, erstatten wir von dem 3.000 EUR übersteigenden **erstattungsfähigen Rechnungsbetrag** nur 40 %.

Bitte senden Sie uns den Heil- und Kostenplan wenn möglich als E-Mail an Leistung@sdk.de.

4. Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung)

(1) Wir erstatten 60 % des **erstattungsfähigen Rechnungsbetrags** für kieferorthopädische Behandlungen.

(2) Wenn die Kosten voraussichtlich höher als 3.000 EUR sind, benötigen wir einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung. Liegt dieser nicht vor, erstatten wir von dem 3.000 EUR übersteigenden **erstattungsfähigen Rechnungsbetrag** nur 40 %.

Bitte senden Sie uns den Heil- und Kostenplan wenn möglich als E-Mail an Leistung@sdk.de.

5. Anrechnung anderer Leistungsansprüche

Wenn Sie einen Anspruch auf Leistungen bei anderen Kostenträgern haben, rechnen wir diesen auf unseren Erstattungsbetrag an. Wenn wir es von Ihnen verlangen, müssen Sie uns die andere Leistung nachweisen.

6. Fahrt- und Transportkosten

(1) Fahrten und Transporte zu und von Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- oder kieferorthopädischen Maßnahmen sind bei Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit zu 100 % versichert.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

(2) Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für Fahrten nach Absatz 1 erstatten wir 0,30 EUR pro Kilometer.

B. Unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung im Ausland

Bei vorübergehenden Aufenthalten und bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb Deutschlands erstatten wir nach den folgenden Absätzen.

(1) Versichert sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen, die den folgenden Vorschriften entsprechen:

- Den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung
und
- einer eventuell geltenden **Gebührenordnung** oder **Taxe** für den jeweiligen Behandelnden.

Wir erstatten maximal den Betrag, der bei einer Behandlung der versicherten Person in Deutschland angefallen wäre. Für die zahnärztliche Behandlung leisten wir maximal den 3,5-fachen Satz der jeweils gültigen deutschen **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)** oder **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

(2) Wir erstatten auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.

(3) Bei Notfällen erreichen Sie uns aus dem Ausland Tag und Nacht unter

0049 711 - 99 52 20 01

Auf Wunsch unterstützen wir Sie gerne in folgenden Bereichen:

- Informationen über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung,
- Nennung eines Arztes vor Ort,
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt,
- Organisation des Austausches von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten (vor allem zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt),
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie
- bei Tod einer versicherten Person: Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland oder Organisation der Bestattung im Ausland.

C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)

Änderungen Ihres Tarifs müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihre Anträge in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Voraussetzungen für den Wechsel des Tarifs im Rahmen der Optionsrechte sind allgemein:

- Der gewünschte Tarif ist zum Zeitpunkt des Wechsels für neue Versicherte geöffnet
oder
- der gewünschte Tarif ist im Teil IIz der allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser **Tariflinie** enthalten
und
- die versicherte Person ist im gewünschten Tarif **versicherungsfähig**.

1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

(1) Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats in dem die versicherte Person das 30., das 35., das 40., das 45. oder das 50. Lebensjahr erreicht. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

(2) Die Umstellung des Versicherungsschutzes ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen können Sie auch verlangen:

- bei **Entsendung** ins Ausland, wenn der Aufenthalt im Ausland an die berufliche Tätigkeit gebunden ist,
- bei Aufhalten im Ausland, die zusammenhängend länger als 182 Tage andauern,
- einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit,
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person,
- bei Abschluss einer akademischen Weiterbildung durch die versicherte Person (beispielsweise Ausbildung zum Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen),

Voraussetzung:

Die versicherte Person übt eine ihrer Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.

- bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs,

Voraussetzung:

Beide Partner sind nach diesem Tarif versichert.

- bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- bei Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie
- bei einer Erhöhung des Einkommens von mindestens 20 % innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit der versicherten Person.

Voraussetzung bei selbstständiger Tätigkeit:

Die versicherte Person muss die Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre nachweisen. Der Vergleichswert dafür ist der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der 3 davor liegenden Jahre.

(3) Die Umstellung ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in den ursprünglichen Tarif der versicherten Person können Sie verlangen bei Ende

- der Elternzeit,
- der Altersteilzeit,
- der Pflegezeit,
- der Arbeitslosigkeit sowie
- eines Sabbaticals (Sabbatjahres). Dies ist eine vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit. Die Vereinbarung ist zum Beispiel in einem Arbeitsvertrag geregelt.

Voraussetzung:

Sie haben den Versicherungsschutz bei Beginn eines der vorgenannten Ereignisse in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt.

(4) Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

(5) Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Dabei rechnen wir die aus dem Vertrag erworbenen **Alterungsrückstellungen** an. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** bleiben bestehen. Ihren individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

(6) Für ein mitversichertes Kind können Sie die Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne **Gesundheitsprüfung** in folgenden Fällen verlangen:

- Gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, wenn dieser nach Absatz 1 oder 2 seinen Versicherungsschutz erhöht,
- einmalig bei Abschluss der Schulausbildung sowie
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums.

Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen

Sie können jeweils zum 1. des folgenden Monats verlangen, dass wir den Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder geringeren Leistungen umstellen.

3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis

Bei einem Wechsel in ein Beamtenverhältnis können Sie den Versicherungsschutz taggenau in **beihilfekonforme** Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung umstellen. Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Wechsel in ein Beamtenverhältnis bei uns beantragen.

D. Anpassung der Erstattungsgrenzen

Die festgelegten Erstattungsgrenzen gelten pro versicherte Person und Kalenderjahr. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir die Erstattungsgrenzen zu Ihren Gunsten anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderung ist zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich und
- ein unabhängiger Treuhänder muss die Anpassung prüfen und deren Angemessenheit bestätigen.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

E. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet oder
- sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

F. Kombination mit anderen Tarifen

Der Tarif Z6SB kann nur zusammen mit einem Tarif aus den Teilen IIa sowie IIb bestehen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Approbation: Hierunter versteht man die staatliche Erlaubnis, den Beruf als Arzt, Zahnarzt, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Apotheker oder Tierarzt selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben. Damit verbunden ist die Befugnis, die jeweilige Berufsbezeichnung zu führen.

Beihilfekonforme Versicherung: Personen mit Anspruch auf Beihilfe, zum Beispiel Beamte und Richter, erhalten über die Beihilfe eine teilweise Erstattung für ihre Krankheitskosten. Weil die Beihilfe die finanzielle Lücke allein nicht schließen kann, können Beihilfeberechtigte eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Restkostenversicherung leistet nur in Höhe der verbleibenden Kosten. Wenn die Beihilfe zum Beispiel 70 % der Kosten erstattet, erhält der Beihilfeberechtigte aus der Restkostenversicherung 30 %.

Entsendung liegt vor, wenn ein Beschäftigter sich auf Weisung seines Arbeitgebers für begrenzte Zeit ins Ausland begibt und dort arbeitet. Das Beschäftigungsverhältnis mit dem deutschen Arbeitgeber bleibt bestehen. Zum Beispiel kann ein Dienstleistungsunternehmen einen Auftrag in einem anderen Land erhalten und seine Arbeitnehmer dorthin schicken, um den Auftrag auszuführen.

Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmeentscheidung und die Beitragsberechnung.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir zum Beispiel, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.