

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In Ergänzung zu § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind aufnahme- und versicherungsfähig nur Personen, die bei Tarifabschluss nicht mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne haben. Ausgenommen hiervon sind Weisheitszähne, Milchzähne und bestehende Lückenschlüsse. Soweit die versicherte Person bei Vertragsschluss mehr als drei fehlende, nicht dauerhaft ersetzte Zähne hat, besteht daher kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für den Fall, dass Beiträge entrichtet wurden bzw. weiter entrichtet werden.

B. Leistungen der Zahnzusatzversicherung

1. Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnbehandlungen

- Kunststofffüllungen (z.B. Komposit- oder Dentin-Adhäsive-Füllungen, alternativ Kariesinfiltration),
- Wurzelbehandlungen (z.B. Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion, elektrometrische Längenmessung),
- Parodontosebehandlungen (z.B. Weichgewebsmaßnahmen, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalysen in Form von Untersuchungen von paropathogenen Keimen als Nachweis, VECTOR-Technologie, photoaktivierte Chemotherapie (PACT)),
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen); Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erfolgt die Erstattung gemäß Punkt 5, sowie

b) die mit den Zahnbehandlungsmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. OP-Mikroskop, Laserbehandlung, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4),
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für eine Wurzelbehandlung oder Parodontosebehandlung bzw. für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen oder zahnärztliche Vor- und Nachbehandlung keine Leistung, erstatten wir 75% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Für Aufbissbehelfe und Schienen werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 500 Euro pro Versicherungsjahr erstattet. Für DROS-Schienen wird nicht geleistet.

Vorleistungen gemäß Punkt 7 werden in Abzug gebracht.

2. Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnprophylaxe. Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen:

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- die Durchführung von Kariesrisikodiagnostik,
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff,
- die Behandlung überempfindlicher Zähne,
- die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik,
- die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger,
- die professionelle Zahnreinigung: Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen / gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

Erstattet werden je Versicherungsjahr zweimal 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen jeweils bis zur Höhe von 75 Euro.

3. Zahnersatzmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnersatz:

- Kronen
- Veneers, Lumineers,
- Inlays, Onlays, Overlays,
- Brücken, Brückenglieder, Ankerzähne,
- Implantate einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Maßnahmen wie Knochenaufbau,
- Teil- oder Vollprothesen,
- Verblendungen bis zum Zahn 6,
- Reparaturen von Zahnersatz sowie

b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im direkten Zusammenhang stehenden

- zahnärztlichen Behandlungen inklusive Vor- und Nachbehandlungen wie z.B. digitale Volumentomographie, Anästhesieleistungen (ausgenommen Leistungen gemäß Punkt 4), chirurgische Maßnahmen,

- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen,
- nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, z.B. aus Keramik oder Edelmetall, auch als CEREC Versorgung.

Erstattet werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Die Erstattung erhöht sich auf 80 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn Sie über Ihr Bonusheft nachweisen, dass Sie in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

Sofern Sie die Regelversorgung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen, beträgt die Erstattung 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Vorleistungen gemäß Punkt 7 werden in Abzug gebracht werden.

4. Maßnahmen zur Schmerzlinderung

Erstattungsfähig sind beispielsweise die Kosten für

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

Erstattet werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 75 Euro pro Versicherungsjahr für Maßnahmen, die im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Leistung gemäß Punkt 1, Punkt 3 und Punkt 5 stehen.

5. Kieferorthopädische Zahnbehandlungen

Erstattungsfähig sind Kosten für kieferorthopädische Behandlung, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist, die im Rahmen der GOZ und der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet. Erstattungsfähig sind zudem die damit im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattet werden für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 1.000 Euro, wobei Vorleistungen gemäß Punkt 7 in Abzug gebracht werden.

6. Leistungsbegrenzungen und allgemeine Summenbegrenzung

In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person wie folgt:

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 900 Euro,
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.800 Euro,
- in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 2.700 Euro,
- in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 3.600 Euro.

Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

Leistungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe gemäß Punkt 2 sind von dieser allgemeinen Summenbegrenzung ausgenommen.

Besteht für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem tariflichen Erstattungssatz von mindestens 70% inklusive Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung für privat Zahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 12 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende abweichende allgemeine Summenbegrenzung. Bei einer Laufzeit von:

- mindestens einem Versicherungsjahr gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) bis c),
- mindestens zwei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a) und b),
- mindestens drei Versicherungsjahren gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a),
- mindestens vier Versicherungsjahren entfällt die allgemeine Summenbegrenzung.

Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, entfällt die allgemeine Summenbegrenzung. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Münchener Verein werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Abweichend von § 4 Nr. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann die versicherte Person auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

Für maximal einen bei Vertragsschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten Zahn besteht Leistungsanspruch, sofern die Zahnersatzmaßnahme noch nicht angeraten oder begonnen wurde. Wenn und soweit bei Vertragsabschluss mehr als ein Zahn fehlt, besteht Leistungsanspruch nur für Zahnersatzmaßnahmen bezüglich des ersten ersetzten Zahnes; erfolgen Zahnersatzmaßnahmen zeitgleich für mehr als einen der bei Vertragsabschluss fehlenden Zähne, ergibt sich der Anspruch aus der Höhe der im Durchschnitt angefallenen Kosten für diese ersetzten Zähne.

Für alle darüber hinaus fehlenden und nicht dauerhaft ersetzten Zähne besteht kein Leistungsanspruch.

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlung, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, besteht kein Versicherungsschutz.

7. Anrechnung von Leistungen; Gebührenordnung; Heil- und Kostenpläne

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung zugrundeliegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

Ergänzend zu § 4 Nr. 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt: Besteht in der freien Heilfürsorge oder in der truppenärztlichen Versorgung ein Selbstbehalt, so gilt dieser ebenfalls als Vorleistung und kann nicht erstattet werden.

Die Kosten für erstattungsfähige zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen¹ der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Bei einer bevorstehenden Versorgung, einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung, rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

8. Zukunftsgarantie

Wenn die befundbezogenen Festzuschüsse (Erstattungsbeträge nach § 55 Abs. 1 SGB V) für Zahnersatzmaßnahmen der GKV zukünftig entfallen, weil sie z.B. aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden, garantiert der Versicherer die unter Punkt B definierten Leistungen unverändert.

9. Innovationsgarantie

Zukünftig neu hinzukommende medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungsmaßnahmen gemäß GOZ/GOÄ sind im tariflichen Umfang mitversichert.

C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

D. Laufzeit

Abweichend von § 11 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

E. Leistungsnachweis

1. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz ist ein Nachweis über die Vorversicherungszeit und die Höhe des tariflichen Anspruchs auf privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen gemäß Punkt B.6 zu erbringen. Bei Vorliegen des Nachweises wird die versicherte Person so gestellt, als habe sie die nachgewiesenen Versicherungsjahre bezüglich der allgemeinen Summenbegrenzung des Punktes B.6 bereits durchlaufen.
2. Mit dem ersten Antrag auf Leistungen nach den Punkten B.1, B.3 oder B.5 ist ein Nachweis über den letzten zugrundeliegenden Zahnstatus zu erbringen.
3. Mit jedem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.
4. Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.

F. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 5., 15., 25., 35., 40., 45., 50., 55., 60. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

¹ Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

Anhang

Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.