

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif ZahnFit (ZF) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung ZF.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
- 2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir?
- 2.2.5 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
- 2.2.6 Welche Leistungen rechnen wir bei Tarifwechsel an?
- 2.2.7 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?
- 2.2.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhäusern tätigen, angestellten oder beamteten, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.5 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:
Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Aufwendungen für Füllungen (mit Ausnahme von Inlays)

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung erbracht hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Kunststoff-Füllungen,
 - Komposit-Füllungen sowie
 - Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen,
- jedoch nicht für Inlays (Einlagefüllungen).

(2) Aufwendungen für Parodontalbehandlung

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung für die Parodontalbehandlung erbracht hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- die mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest),
- das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial und
- die gesteuerte Geweberegeneration zur Wachstumsförderung von geschädigtem Gewebe des Zahnhalteapparates.

(3) Aufwendungen für Wurzelbehandlung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Wurzelkanalbehandlungen und
 - Wurzelspitzenresektionen,
- wenn für diese Leistungen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht.

(4) Aufwendungen für Prophylaxe

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur,
- Fluoridierung,
- Erstellung des Mundhygienestatus,
- eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen sowie
- Kontrolle des Übungserfolgs.

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Prophylaxe ist auf höchstens 50 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.5 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZF gelten bei Aufwendungen nach Ziffer 2.2.4 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 250 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 500 Euro während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 750 Euro während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 1.000 Euro während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Für Aufwendungen, die den Erstattungshöchstbetrag des jeweiligen Leistungsabschnitts übersteigen, besteht kein Anspruch auf Aufwendungsersatz. Dieser übersteigende Teil kann auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Erstattungshöchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen

Die Erstattungshöchstbeträge nach Absatz 1 gelten nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn

- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif ZF wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen

Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif ZF angerechnet.

2.2.6 Welche Leistungen rechnen wir bei Tarifwechsel an?

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif ZF wechselt, werden die Leistungen, die nach dem bisherigen Tarif erbracht worden sind, bis zu den Erstattungshöchstbeträgen angerechnet, die sich aus Ziffern 2.2.4 und 2.2.5 ergeben.

2.2.7 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

- Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung darüber hinaus verlängert werden.
- Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 2 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde. Die Begrenzung auf längstens weitere 2 Monate nach Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

2.2.8 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

- a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegereignissen nach Satz 1.

- b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

- c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

- d) wenn die Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwendungsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

- e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

- f) für Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, denen in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums die Legitimation zur Ausübung des Arzt- oder Zahnarztberufs entzogen worden ist.

g) für Behandlungen nach Ziffer 2.2.4 Absätze 1 bis 3, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind.

h) für Zuzahlungen im Sinne von § 28 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

i) für kieferorthopädische Behandlungen.

j) für Zahnersatz.

2.3.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und
 - der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
- sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

2.4 Besondere Obliegenheit nach diesem Tarif

Welche Obliegenheit ist bei weiteren Krankenversicherungen neben Tarif ZF zu beachten?

(1) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Abweichend zu der Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie uns nur dann unverzüglich informieren, wenn für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz für zahnärztliche Behandlung abgeschlossen wird.

(2) Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung

Verletzen Sie oder die →versicherte Person die Obliegenheit nach Absatz 1 vorsätzlich oder grob fahrlässig, richten sich die Rechtsfolgen nach Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

2.5 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen die gesetzliche Krankenversicherung

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch die gesetzliche Krankenversicherung in Anspruch genommen werden kann?

Ergänzend zu Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt:

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen kann, gehen auch diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, muss der Leistungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung an uns →schriftlich abgetreten werden. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

2.6 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe

Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 21 oder 60 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen.

2.7 Besondere Regelung zur Beitragsanpassung

Welche Besonderheit gilt bei der Beitragsanpassung?

Abweichend von Ziffer 1.7.1.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein ist eine Beitragsanpassung ausgeschlossen, wenn bei der Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige →Beobachtungseinheit des Tarifs die Abweichung nicht mehr als 10 Prozent beträgt.

Ziffer 1.7.1.2 Absatz 1 Satz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt deshalb nicht.

Im Übrigen gilt Ziffer 1.7.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert.

2.8 Verzicht auf Kündigungsrecht

Was gilt ergänzend für unser ordentliches Kündigungsrecht?

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.