

Tarife AOK-ZahnPRIVAT

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2016, SAP-Nr.: 335506, 04.2016

Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

Die Tarife AOK-ZahnPRIVAT Premium, AOK-ZahnPRIVAT Optimal und AOK-ZahnPRIVAT Kompakt leisten für Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung und Zahnersatz zu unterschiedlichen Erstattungssätzen, AOK-ZahnPRIVAT Premium leistet auch für kieferorthopädische Behandlungen.

Tarif	Zahnbehand- lung/ Zahnersatz	Zahnprophylaxe pro Jahr	Kieferorthopädi- sche Behandlung
AOK- ZahnPRIVAT Premium	90 %	90 % aus max. 120 Euro	90 %
AOK- ZahnPRIVAT Optimal	70 %	70 % aus max. 120 Euro	keine
AOK- ZahnPRIVAT Kompakt	50 %	50 % aus max. 120 Euro	keine

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet.

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen erstattungsfähig:

- Parodontosebehandlung (z.B. auch mittels Periochip)
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen)
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlays und Onlays
- Zahnersatz (Kronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen, Veneers sowie Implantate)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z.B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung, Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumetomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.
- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden
- Heil- und Kostenplan.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:

- aus Tarif AOK-ZahnPRIVAT Premium zu 90 %
- aus Tarif AOK-ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
- aus Tarif AOK-ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

Abweichender Erstattungssatz im Rahmen der Regelversorgung:

Eine Erstattung erfolgt zu 100 % reduziert um die Leistung der GKV.

Voraussetzung dafür ist, dass:

- die Maßnahme von der GKV bezuschusst wird und ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 1 SGB V erfolgt und dass
- die Gesamtmaßnahme keine privat Zahnärztlichen Teile bzw. nach der GOZ berechneten Vergütungsbestandteile aufweist.

Für alle Leistungsbestandteile für Zahnersatz und Zahnbehandlung gelten in den ersten vier Jahren die unter Ziffer 4. genannten Erstattungsgrenzen.

2. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für:

- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
- professionelle Zahnreinigung und Kontrolle
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges
- lokale Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/-behandlung
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren, soweit diese Behandlung nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme erfolgt
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz aus maximal 120 Euro pro Kalenderjahr erstattet:

- aus Tarif AOK-ZahnPRIVAT Premium zu 90 %
- aus Tarif AOK-ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
- aus Tarif AOK-ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

3. Kieferorthopädie

Eine kieferorthopädische Leistung erfolgt ausschließlich aus Tarif AOK-ZahnPRIVAT Premium. In den Tarifen AOK-ZahnPRIVAT Optimal bzw. AOK-ZahnPRIVAT Kompakt ist die Kieferorthopädie nicht versichert.

Versicherungsschutz besteht, unabhängig von der vorliegenden kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG), sofern die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird, für:

- medizinisch notwendige Maßnahmen sowie für darüber hinausgehende Mehrleistungen (z.B. besondere Brackets und / oder Bögen, Lingualtechnik usw.)
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (z. B. Bracketumfeldversiegelung und Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumetomografie)
- den Heil- und Kostenplan.

Unabhängig vom Alter besteht auch Versicherungsschutz, wenn eine kieferorthopädische Behandlung durch einen Unfall erforderlich wird, der nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % aus maximal 4.000 Euro erbracht (d.h. erstattet werden bis zu max. 3.600 Euro) in der gesamten Tariflaufzeit.

Nicht erstattungsfähig sind:

- der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Absatz 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird sowie
- ein mit der Gesetzlichen Krankenkasse vereinbarter Selbstbehalt (Wahltarif).

4. Erstattungsbegrenzung in den ersten vier Kalenderjahren

Die Leistungen nach Ziffer 1 (Zahnbehandlung und Zahnersatz) und 3 (Kieferorthopädie) zusammen sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:

- im ersten Kalenderjahr aus maximal 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen aus maximal 3.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen aus maximal 6.000 Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen aus maximal 9.000 Euro.

Zur Berechnung des Erstattungsbetrages werden die erstattungsfähigen Aufwendungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet. Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Grundsätzen entsprechen.
2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.
Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, leistet der Tarif zum versicherten Prozentsatz.
3. Bei Wahl der Kostenerstattung mit der GKV sind die Rechnungen zusammen mit dem Erstattungsvermerk und dem Abrechnungsschreiben der GKV einzureichen. Aus dem Abrechnungsschreiben der GKV müssen sich deren Einzelleistungen (Erstattungsbetrag, Selbstbehalt, Verwaltungsgebühren und sonstige Abzugsbeträge) ergeben.
Abschläge aufgrund der Wahl der Kostenerstattung (Verwaltungsgebühren oder sonstige Abzugsbeträge) nach § 13 Absatz 1 SGB V sowie mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte sind nicht erstattungsfähig.
4. Der Versicherungsschutz umfasst auch die jeweils anfallenden Laborarbeiten und Materialkosten.
5. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für die Tarife werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 30., 40., 50. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 30, 40, 50 bzw. 60 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung in den Tarifen AOK-ZahnPRIVAT Premium, AOK-ZahnPRIVAT Optimal und AOK-ZahnPRIVAT Kompakt endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.
3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	5. Sozialgesetzbuch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag