

Zahnzusatzversicherung Tarif MediGroup Z Duo für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages

(Stand: 01.10.2020)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009*)

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Geltung des Gruppenversicherungsvertrages
2. Versicherungsfähigkeit

B. Tarifleistungen/Leistungen des Versicherers

1. Zahnersatz
2. Zahnbehandlung
3. Professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe
4. Kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall
5. Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung

C. Begriffsbestimmung/Umgang der Leistungspflicht

D. Ende der Versicherung/Fortführung/Obliegenheit

E. Beiträge

*Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

A. Allgemeine Bestimmungen

1. **Geltung des Gruppenversicherungsvertrages** Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) gelten in Verbindung mit den für den Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup Z Duo maßgeblichen Regelungen des zwischen dem jeweiligen Arbeitgeber und dem Versicherer abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrages.
2. **Versicherungsfähigkeit** Versicherungsfähig sind unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 2 AVB nur Personen, die
 - bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
 - Tarif MediGroup Z Duo im Rahmen des bestehenden Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. **Zahnersatz** Ersetzt werden zusammen mit den Vorleistungen der GKV insgesamt
 - 100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz (vgl. Abschnitt C.1 und C.2) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (s. Anhang), sofern privat Zahnärztliche Vergütungsteile nicht berechnet sind.
 - 90 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz (vgl. Abschnitt C.1 und C.2) im Rahmen privat Zahnärztlicher Versorgung.
 Ersetzt werden ohne Vorleistungen der GKV
 - 70 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz (vgl. Abschnitt C.1 und C.2), wenn die GKV keine Vorleistung erbringt und die Ablehnung der GKV nachgewiesen wird (vgl. Abschnitt C.3).
 - 50 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz (vgl. Abschnitt C.1), wenn weder eine Vorleistung noch ein Ablehnungsvermerk der GKV nachgewiesen wird.

Privatzahnärztliche Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ, GOÄ) bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens anerkannt.

Zukunftsklausel:

Stellt die GKV zukünftig für eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme keine befundbezogenen Vorleistungen zur Verfügung, so werden bei Vorlage der Rechnung (Kopie ausreichend) die sich ergebenden Leistungen im tariflichen Umfang erbracht. Befundbezogene Vorleistungen werden dann nicht zur Verfügung gestellt, wenn z. B. Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen werden.

**1.1
Höhe der Erstattung/
Leistungsbegrenzung**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz nach Tarif MediGroup Z Duo sind in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt:

- 1.000 Euro** im ersten Versicherungsjahr,
- 2.000 Euro** in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 3.000 Euro** in den ersten drei Versicherungsjahren.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (vgl. Abschnitt C.4).

**1.2.
Höhe der Erstattung/
Verkürzte Leistungsbegrenzung**

Besteht für die versicherte Person bis zum Beginn der Versicherung in Tarif MediGroup Z Duo eine Vorversicherung

- bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder
- innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (vgl. Abschnitt C.5),

die einen Erstattungssatz von 80 % oder mehr für privat Zahnärztliche Zahnersatzleistungen (vgl. Abschnitt C.13) vorsieht, sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz nach Tarif MediGroup Z Duo in den ersten zwei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt:

- 2.000 Euro** im ersten Versicherungsjahr,
- 3.000 Euro** in den ersten zwei Versicherungsjahren.

In diesen Fällen besteht bereits ab dem dritten Versicherungsjahr Anspruch auf die tariflichen Leistungen ohne Leistungsbegrenzung.

**1.3.
Wegfall der
Leistungsbegrenzung
nach Unfall**

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt C.6) entfallen die Leistungsbegrenzungen (Höchstsätze) nach Abschnitt B1.1 und B1.2.

**2.
Zahnbehandlung**

Ersetzt werden zusammen mit den Vorleistungen der GKV insgesamt

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- allgemeine Leistungen,
- konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Inlays und Kronen),
- chirurgische Leistungen,
- Kunststofffüllungen, Kompositfüllungen,
- Röntgenleistungen,
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums (vgl. Abschnitt C.7).

Wird keine Vorleistung eines Trägers der GKV nachgewiesen, so werden die Leistungen zu **70 %** erbracht.

**3.
Professionelle
Zahnreinigung/
Zahnprophylaxe**

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxemaßnahmen (vgl. Abschnitt C.8).

Als Zahnprophylaxemaßnahmen werden erstattet:

- Professionelle Zahnreinigung bis zu einem Betrag von **150 Euro** pro Kalenderjahr,
- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,

- Erstellung eines Mundhygienestatus,
 - Kariesrisikodiagnostik.
- 4. Kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt C.6) bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von maximal **2.000 Euro** je Versicherungsfall.
- Eine Invisalign-Therapie ist im Rahmen des Höchstbetrags erstattungsfähig. Etwaige Vorleistungen der GKV werden vollständig angerechnet.
- Als Erwachsener gilt, wer das 21. Lebensjahr vollendet hat.
- 5. Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Abschnitten B.1 bis B.4 für
- Narkosen, auch Vollnarkose, durch Narkose-/Zahnärzte,
 - Akupunktur, Lachgas, Sedierung (Dämmerschlaf), Hypnose
- bis maximal **250 Euro** je Versicherungsjahr.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterung**
1. Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt:
 - Einlagefüllungen (Inlays),
 - Cerec-Behandlungen,
 - Keramikverblendschalen (Veneers),
 - Kunststoff- und Keramikverblendungen,
 - Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
 - Prothetische Leistungen (Brücken, Stützähne, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur),
 - Aufbissbehelfe und Schienen,
 - DROS-Schiene,
 - Implantate,
 - implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen,
 - augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung, Sinuslift),
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
 - Material- und Laborkosten,
 - OP-Mikroskop (Zuschlag im Rahmen von Implantatbehandlung nach GOZ-Ziffer 0110),
 - Anästhesie,
 - Kosten für den Heil- und Kostenplan,
 - die mit den genannten Leistungen im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8, Implantate unbegrenzt erstattungsfähig.
 2. Für die Inanspruchnahme von Behandlungen nach Abschnitt B.1 und B.4 (Zahnersatzleistungen und kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene nach Unfall) empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan zusammen mit der Genehmigung bzw. Ablehnung der GKV einzureichen. Der Heil- und Kostenplan sollte auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthalten.

Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.
 3. Als Nachweis für die Ablehnung der GKV ist die Rechnung mit entsprechendem Vermerk oder ein Ablehnungsbescheid der GKV einzureichen.
 4. Errechnet sich aufgrund der Leistungsbegrenzung bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers während der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediGroup Z Duo für Zahnersatz ab dem vierten Versicherungsjahr nach Ablauf der Leistungsbegrenzung.

5. Errechnet sich aufgrund der Leistungsbegrenzung bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers während der ersten zwei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediGroup Z Duo für Zahnersatz ab dem dritten Versicherungsjahr nach Ablauf der verkürzten Leistungsbegrenzung.
6. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
7. Als Aufwendungen für Zahnbehandlungen werden im Rahmen der GOZ auch anerkannt:
 - Wurzelbehandlung,
 - Digitale Volumentomografie,
 - OP-Mikroskop (GOZ-Ziffer 0110),
 - Laserbehandlung (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0120),
 - Bakterien-/DNA-Test (im Rahmen Ziffer 0070 GOZ),
 - Schleimhaut-Transplantation im Rahmen einer Parodontitisbehandlung nach GOZ-Ziffer 4133 (Mundschleimhautbehandlung),
 - Material- und Laborkosten.
8. Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.
9. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
10. Entstandene Aufwendungen sind durch Rechnungen (Kopien ausreichend) nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV bzw. die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt angegeben sein müssen.
11. Die Erstattung aus Tarif MediGroup Z Duo darf zusammen mit der Vorleistung der GKV die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
12. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
13. Bei Tarifen mit ansteigenden Erstattungsprozentsätzen, abhängig von einer regelmäßig durchgeführten zahnmedizinischen Prophylaxe (Vorsorge), gilt der höchste im Tarif vorgesehene Erstattungsprozentsatz für privat Zahnärztliche Zahnersatzleistungen.
14. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins bei der versicherten Person erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.

D. Ende der Versicherung/Fortführung/Obliegenheiten

Erläuterung

1. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis (vgl. Abschnitt A.2) kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV oder dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages (vgl. Abschnitt A.2) unverzüglich zu unterrichten.
3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen, sofern der Versicherungsschutz nicht in der Einzelversicherung fortgesetzt wird.

E. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl

der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.

2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

Zahnersatz

§ 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 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach § 57 Absatz 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 auf 70 Prozent. 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 auf 75 Prozent, 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. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen 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.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder

3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Absatz 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.