

Tarif Comfort plus (P2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif P2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif P2U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz und Kieferorthopädie

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden nach Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen..

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden zu 70 % unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,

- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 70 %
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR
zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit die den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

3.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1) zu 100 %.
- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1)

zu 100 %.

4. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1) sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:

Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser

Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.