

Teil III – Tarif ZBU – Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft (AVB/S)

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Höhe der Leistungen

Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für Zahnbehandlung, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Der Erstattungsbetrag ist zusammen mit den Leistungen der GKV sowie mit Leistungen aus anderen Versicherungstarifen auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V* sind nicht erstattungsfähig.

2.2 Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Schienen- und Aufbissbehelfe, soweit sie nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entstanden sind (vgl. Ziff. 2.4).

2.3 Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose

Aufwendungen für Akupunktur oder Hypnose zur Schmerzbehandlung sowie Aufwendungen für die Durchführung einer Vollnarkose werden vom Versicherer mit bis zu **200 €** je Versicherungsjahr bezuschusst, sofern sie im direkten Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung nach Ziff. 2.2 entstanden sind.

2.4 Nicht versicherte Aufwendungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für

- stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- Behandlungen und vorbereitende Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder kieferorthopädischen Behandlungen durchgeführt werden,
- Inlays, Teilkronen oder Veneers,
- Amalgamsanierungen,
- kosmetische Maßnahmen wie z. B. Bleaching,
- gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- Computertomographien (CT) sowie
- Behandlungen, die in der GOZ oder der GOÄ nicht beschrieben sind (analoge Berechnung).

3. Einreichen von Kostenbelegen

Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt sein. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, ist dies auf dem Kostenbeleg zu bestätigen.

4. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes ZBU haben, passt der Versicherer die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen an.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen an die Preisentwicklung anzupassen.

5. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag einheitlich für die Altersgruppe 0–100 Jahre berechnet.

* SGB V § 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.