

FAQs für die Tariflinie ZahnPRIVAT

(ZahnPRIVAT Premium, ZahnPRIVAT Optimal, ZahnPRIVAT Kompakt ab 01.01.2016) –
Interne Information

Stand 01.2016

Inhalt

Allgemeine Fragen

1. Ab wann können die neuen Tarife verkauft werden?
2. Was zeichnet die Tariflinie ZahnPRIVAT gegenüber den Tarifen der Wettbewerber aus?
3. Wie stehen wir bezüglich der Beiträge im Vergleich zum Markt?
4. Wo stehen wir voraussichtlich in den Rating- und Ranking-Übersichten?
5. Warum wurden die neuen Zahntarife ohne Alterungsrückstellung kalkuliert?
6. Mit welchen Tarifen können die neuen ZahnPRIVAT-Tarife kombiniert werden?

Tarifleistungen

7. Wie funktioniert die prozentuale Erstattung in den neuen ZahnPRIVAT-Tarifen?
8. Wird die professionelle Zahnreinigung (PZR) auch mehrmals pro Jahr erstattet?
9. Leisten die neuen Tarife auch für Vollnarkose?
10. Welche Leistungen werden bei Kieferorthopädie erstattet?
11. Gibt es möglicherweise Kürzungen in der Leistungserstattung aufgrund der Bindung an ein Preis- und Leistungsverzeichnis?
12. Wie hoch sind die absoluten Erstattungsobergrenzen für Zahnersatz?
13. Zahnstaffel: Entfällt die Summenbegrenzung ab dem fünften Versicherungsjahr?

14. Wird eine Wurzelbehandlung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt?
15. Was ist Regelversorgung?

Risikoprüfung

16. Welche Gesundheitsfragen müssen beantwortet werden?
17. Welche Risikozuschläge gibt es?
18. Risikofragen nach Wurzelbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen bzw. Kieferorthopädie: Was bedeuten angeratene Maßnahmen? Was sind notwendige (zwingende) Maßnahmen? Wann sind Maßnahmen beabsichtigt?
19. Wann besteht eine Parodontose, so dass die Frage „Besteht eine Parodontose/Parodontitis“ zu bejahen ist? Warum kann man die Frage nach Parodontose nicht auf die letzten zwei Jahre eingrenzen?

Tarifwechsel

20. Soll Bestandskunden mit einem bisherigen GKV-Zahnzusatztarif ein Wechselangebot gemacht werden?
21. Was passiert mit Risikozuschlägen bei einem Tarifwechsel?
22. Wechsel von vollversicherten Bestandskunden in Zahnzusatztarife – wann erfolgt eine Risikoprüfung?
23. Wie erfolgt die Anrechnung der Zahnstaffel bei Tarifwechsel?
24. Wie verhält es sich mit BEST/BEA 65 bei einem Tarifwechsel?

Allgemeine Fragen

1. Ab wann können die neuen Tarife verkauft werden?

In den technischen Systemen stehen die neuen ZahnPRIVAT-Tarife ab R3 (14.12.2016) zur Verfügung. Der frühestmögliche Versicherungsbeginn ist der 1. Januar 2016. Flyer und Prospekte zur Verkaufsunterstützung sind ab Anfang Dezember 2015 bestellbar.

2. Was zeichnet die Tariflinie ZahnPRIVAT gegenüber den Tarifen der Wettbewerber aus?

Die Tarife ZahnPRIVAT sind mit sehr umfangreichen Leistungen ausgestattet und haben keine Abzüge über ein Preis- und Leistungsverzeichnis für Labor- und Materialkosten. Sie beinhalten Leistungen, die in der

modernen Zahnmedizin zunehmend Bedeutung erlangen und die zum Zeitpunkt der Erstellung dieser FAQ in keinem anderen Tarif auf dem Markt so zugesagt werden, z.B. Schmerzbehandlung auch über Lachgas, Hypnose oder Vollnarkose, dreidimensionale Röntgendarstellung (z.B. dentale Volumentomographie) sowie Perio-Chips zur Behandlung schwerer Parodontose.

3. Wie stehen wir bezüglich der Beiträge im Vergleich zum Markt?

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser FAQ sind die Beiträge im jungen und mittleren Alterssegment bzgl. des Beitrags-Leistungs-Verhältnisses absolut attraktiv und sehr wettbewerbsfähig. Wir unterstützen den Vertriebsansatz, einen Zahntarif frühzeitig für die Zukunft abzuschließen.

4. Wo stehen wir voraussichtlich in den Rating- und Ranking-Übersichten?

Ergebnis der Simulation:

Rating	ZahnPRIVAT		
	Premium	Optimal	Kompakt
Finanztest Note (Gesamturteil)	1,1 (sehr gut)	1,5–1,6 (gut – sehr gut)	2,4–2,6 (befriedigend – gut)
Franke & Bornberg Note Zahnersatz/ -behandlung	FFF (hervorragend)	FF+ (sehr gut)	FF (gut)
Morgen & Morgen Bedingungsqualität	5 Sterne (Ausgezeichnet)		

5. Warum wurden die neuen Zahntarife ohne Alterungsrückstellung kalkuliert?

Mit den neuen Zahntarifen wollen wir unsere Zielgruppe „junge Menschen“ besser erreichen. Dadurch, dass die Tarife ohne Alterungsrückstellung kalkuliert sind, können wir beste Leistungen zu einem günstigeren und damit besser auf das Budget der Zielgruppe zugeschnittenen Einstiegsbeitrag anbieten. Außerdem passen wir uns mit unseren neuen Zahntarifen den veränderten Marktgegebenheiten an. Mehr als die Hälfte aller Zahnzusatztarife ist mittlerweile ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert.

6. Mit welchen Tarifen können die neuen ZahnPRIVAT-Tarife kombiniert werden?

Die neuen ZahnPRIVAT-Tarife können mit allen Tarifen kombiniert werden, bei denen es keine Leistungsüberschneidungen gibt. Zum Beispiel stationäre Zusatztarife (KlinikPRIVAT, GS 100, KlinikOnTOP), Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld, Pflegetagegeld, VorsorgePRIVAT, NaturPRIVAT oder KombiPRIVAT.

Unzulässig sind Kombinationen mit Tarifen, bei denen es Leistungsüberschneidungen gibt, d.h. alle Tarife mit Zahnleistungen wie ZahnPREMIUM, ZahnPLUS, ZahnOnTOP inklusive aller Varianten, GE, denty plus etc.

Tarifleistungen

7. Wie funktioniert die prozentuale Erstattung in den neuen ZahnPRIVAT-Tarifen?

Die prozentualen Erstattungssätze (50 Prozent, 70 Prozent oder 90 Prozent) werden immer auf die nach der Leistung der GKV verbleibenden Kosten angewendet. Das heißt, zunächst erfolgt die Erstattung durch die GKV, sofern diese eine Leistung erbringt. Die dann verbleibenden Kosten für die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum entsprechenden Prozentsatz erstattet.

8. Wird die professionelle Zahnreinigung (PZR) auch mehrmals pro Jahr erstattet?

PZR wird je nach Tarif zu 50 Prozent, 70 Prozent oder 90 Prozent aus maximal 120 Euro **pro Kalenderjahr** erstattet. Wie oft der Kunde die Behandlung im Jahr durchführen lässt, spielt keine Rolle.

9. Leisten die neuen Tarife auch für Vollnarkose?

Ja. Anästhetische Leistungen werden wie Zahnbehandlung oder Zahnersatz je nach Tarif zu 50 Prozent, 70 Prozent oder 90 Prozent erstattet.

10. Welche Leistungen werden bei Kieferorthopädie erstattet?

Leistungen für Kieferorthopädie werden ausschließlich aus dem Tarif ZahnPRIVAT Premium erstattet. Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung werden **unabhängig** von der kieferorthopädischen Indikationsgruppe die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 90 Prozent aus maximal 4.000 Euro (also maximaler Erstattungsbetrag 3.600 Euro) erstattet. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen z.B. auch durchsichtige oder kleinere Brackets, Speed-Brackets, Lingualtechnik, elastische Bögen etc. Die Höchsterstattung ist in der Regel mehr als ausreichend für eine kieferorthopädische Behandlung.

Wird eine kieferorthopädische Behandlung nach Vervollendung des 19. Lebensjahres begonnen, werden Kosten nur erstattet, wenn sie durch einen Unfall entstanden sind.

11. Gibt es möglicherweise Kürzungen in der Leistungserstattung aufgrund der Bindung an ein Preis- und Leistungsverzeichnis?

Nein, die Tarife haben kein Preis- und Leistungsverzeichnis.

12. Wie hoch sind die absoluten Erstattungsgrenzen für Zahnersatz?

Die Tarife haben mit Ausnahme der Zahnstaffel in den ersten vier Versicherungsjahren keine absoluten Höchstgrenzen bei der Erstattung von Zahnersatzleistungen.

13. Zahnstaffel: Entfällt die Summenbegrenzung ab dem fünften Versicherungsjahr?

Ja.

14. Wird eine Wurzelbehandlung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt?

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen eine Wurzelbehandlung dann, wenn abzusehen ist, dass der Zahn durch die Behandlung auch tatsächlich erhalten werden kann. In Abhängigkeit von dem Befund wird eine Wurzelbehandlung von der GKV entweder komplett oder teilweise bezahlt. Der Zahnarzt muss zum Beispiel die Wurzelkanäle bis an die Spitze behandeln können und auch eine Füllung muss bis dahin möglich sein. Häufig werden dem Patienten erweiterte Maßnahmen empfohlen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden.

15. Was ist Regelversorgung?

Der Begriff Regelversorgung stammt aus dem Sozialgesetzbuch und bezieht sich auf die Versorgung mit Zahnersatz. Die Regelversorgung orientiert sich an zahnmedizinisch notwendigen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlich angemessenen Versorgung gehören. Ästhetische Gesichtspunkte spielen dabei keine Rolle. Jeder Regelversorgung wird ein Betrag zugeordnet, der dafür abgerechnet werden darf. Die Krankenkasse zahlt dann einen Festzu-

schluss von 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung (oder 60 Prozent bzw. 65 Prozent je nach Bonusheft des Patienten). Entscheidet sich der Kunde für diese Minimalversorgung, erstatten die Tarife ZahnPRIVAT Premium, Zahn-PRIVAT Optimal und ZahnPRIVAT Kompakt zusammen mit der GKV 100 Prozent der Kosten.

Risikoprüfung

16. Welche Gesundheitsfragen müssen beantwortet werden?

- Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei komplettem Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen (außer den Weisheitszähnen)?
(Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahren)
- Finden zurzeit Wurzelbehandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen statt, sind solche notwendig oder beabsichtigt bzw. wurden in den letzten 2 Jahren Maßnahmen angeraten, die bisher noch nicht durchgeführt wurden?
(Zahnersatzmaßnahmen sind Anfertigung oder Erneuerung von Kronen, Brücken, Prothesen, Implantaten, In- bzw. Onlays; nicht zu berücksichtigen sind Maßnahmen für die fehlenden bzw. zu ziehenden Zähne, die in Frage 1 angegeben wurden)
- Besteht eine Parodontose/Parodontitis?
Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: „Ich bin damit einverstanden, dass für Parodontosebehandlungen kein Versicherungsschutz besteht.“
- Zusatzfrage für den ZahnPRIVAT Premium: Werden zurzeit kieferorthopädische Behandlungen durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (Beantwortung nur bis Eintrittsalter 19)
Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin damit einverstanden, dass für Kieferorthopädie kein Versicherungsschutz besteht.

17. Welche Risikozuschläge gibt es?

Bei Beantwortung der Frage nach fehlenden bzw. zu ziehenden Zähnen wird ein absoluter Risikozuschlag je fehlendem und zu ziehendem Zahn erhoben:

Neuaufnahme	ZahnPRIVAT Kompakt	ZahnPRIVAT Optimal	ZahnPRIVAT Premium
1 fehlender oder zu ziehender Zahn	4,80 €	6,70 €	8,60 €
insgesamt 2 fehlende bzw. zu ziehende Zähne	9,60 €	13,40 €	17,20 €
insgesamt 3 fehlende bzw. zu ziehende Zähne	14,40 €	20,10 €	25,80 €
ab insgesamt 4 fehlenden bzw. zu ziehenden Zähnen	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung

18. Risikofragen nach Wurzelbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen bzw. Kieferorthopädie: Was bedeuten angeratene Maßnahmen? Was sind notwendige (zwingende) Maßnahmen? Wann sind Maßnahmen beabsichtigt?

Angeraten ist jede Maßnahme, die von einem Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden bereits empfohlen oder mit diesem besprochen wurde, auch wenn noch kein Heil- und Kostenplan erstellt wurde. Für die Beantwortung der Gesundheitsfrage sind nur solche Maßnahmen relevant, die in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung angeraten wurden.

Notwendig sind daneben auch noch nicht mit dem Zahnarzt oder Kieferorthopäden besprochene Maßnahmen, die aber für den Kunden erkennbar erforderlich sind. Zahnersatzmaßnahmen sind zum Beispiel notwendig bei einem abgebrochenen oder zerstörten Zahn.

Eine Maßnahme ist **beabsichtigt (geplant)**, wenn ein Kunde vorhat, eine konkrete Maßnahme in der nächsten Zeit durchführen zu lassen.

19. Wann besteht eine Parodontose, so dass die Frage „Besteht eine Parodontose/Parodontitis“ zu bejahen ist? Warum kann man die Frage nach Parodontose nicht auf die letzten zwei Jahre eingrenzen?

Eine Parodontose/Parodontitis ist eine Erkrankung des Zahnhalteapparats. Es bilden sich tiefe, entzündete Zahnfleischtaschen, die eine Lockerung der Zähne bis zum Herausfallen nach sich ziehen.

Eine schwere Parodontose/Parodontitis ist nicht heilbar und besteht damit immer. Auch nach einer Parodontosebehandlung ist die Frage weiterhin zu bejahen.

Nur bei einer leichten Form der Parodontose kann es sein, dass nach einer Parodontosebehandlung die Parodontose geheilt ist und damit nicht mehr besteht. Geheilt ist eine Parodontose/Parodontitis dann, wenn keine Zahnfleischtaschen und keine Entzündungen bestehen. Dann kann die Frage verneint werden.

Tarifwechsel

20. Soll Bestandskunden mit einem bisherigen GKV-Zahnezusatztarif ein Wechselangebot gemacht werden?

Die Tarife sind in erster Linie für das Neugeschäft konzipiert worden. Bei einem Tarifwechsel von den alten Zahnтарифen in ZahnPRIVAT verliert der Kunde seine angesparte Alterungsrückstellung. Darüber hinaus verliert er ggf. auch den Versicherungsschutz für das Ausland und Sehhilfen. Aus diesen Gründen wird es weder zentrale noch dezentrale Aktionen geben, in denen wir Bestandskunden die neuen ZahnPRIVAT-Tarife anbieten.

21. Was passiert mit Risikozuschlägen bei einem Tarifwechsel?

Bei einem Tarifwechsel in einen Tarif mit höheren Leistungen wird ein evtl. bisher vorhandener Risikozuschlag in absoluter Höhe übernommen. Das gilt unabhängig davon, ob der fehlende Zahn bereits ersetzt ist oder beim Tarifwechsel dieser noch nicht ersetzte Zahn weiterhin fehlt.

Für aktuell fehlende bzw. zu ziehende Zähne wird zudem ein Risikozuschlag in Höhe der Mehrleistungen erforderlich.

Ab insgesamt 4 fehlenden bzw. zu ziehenden Zähnen erfolgt analog zur Neuaufnahme eine Ablehnung.

Bei einer Verminderung des Versicherungsschutzes (z.B. Tarifwechsel von ZahnPRIVAT Premium in ZahnPRIVAT Optimal) wird der bestehende Risikozuschlag in absoluter Höhe übernommen.

22. Wechsel von vollversicherten Bestandskunden in Zahnzusatztarife – wann erfolgt eine Risikoprüfung?

Bei Eintritt der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung kann ein Vollversicherter gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung ohne erneute Risikoprüfung in für das Neugeschäft geöffnete Zusatztarife wechseln, sofern der Leistungsumfang nicht höher ist als in den bisherigen Vollversicherungstarifen.

Sofern bereits eine Zahnersatzabsicherung mit Implantaten bestanden hat, verzichten wir bis auf Weiteres bei fristgemäßem Wechsel in ZahnPRIVAT Premium auf die Risikoprüfung. ZahnPRIVAT Kompakt und ZahnPRIVAT Optimal ermöglichen wir bei fristgemäßem Wechsel ohne Risikoprüfung, sofern eine Zahnersatzabsicherung bestanden hat – unabhängig von der Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes.

Bestehende RZ oder LA werden jeweils übernommen.

Bestand bisher keine Zahnersatzabsicherung oder wird die Frist versäumt, erfolgt eine Risikoprüfung wie bei Neuaufnahme.

Beim Wechsel in Tarife der Linie ZahnPRIVAT geht die bisher für Zahn angesparte Alterungsrückstellung generell verloren, da die Tarife keine Alterungsrückstellung bilden.

23. Wie erfolgt die Anrechnung der Zahnstaffel bei Tarifwechsel?

Bei Wechsel innerhalb von Tarifen mit Zahnersatzleistungen, die eine Begrenzung der tariflichen Erstattungshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren vorsehen („Staffelbegrenzung“), wird die zurückgelegte Versicherungszeit im bisherigen Tarif auf die Laufzeit der Staffelbegrenzung im neuen Tarif angerechnet. D.h. die Staffelbegrenzung verkürzt sich je nach bisheriger Versicherungszeit oder entfällt bei entsprechend langer Vorversicherungszeit ganz.

Dies gilt in folgenden Fällen:

- Wechsel innerhalb GKV-Zusatzversicherungen mit Zahnleistungen
- Wechsel Vollversicherungstarife in GKV-Zusatztarife mit Zahnleistungen
- sowie – hier nicht relevant – Wechsel innerhalb Vollversicherungstarifen.

24. Wie verhält es sich mit BEST/BEA 65 bei einem Tarifwechsel?

Die Sonderbedingungen BEST (BK) bzw. BEA 65 (UKV) gelten für Tarife mit Alterungsrückstellungen, damit nicht für die Tarife ZahnPRIVAT:

- Bei Berechnung des möglichen Ermäßigungsbetrages werden die Tarife ZahnPRIVAT nicht berücksichtigt.
- Bei einem Tarifwechsel aus Zahntarifen mit Alterungsrückstellungen in ZahnPRIVAT geht die in BEST bzw. BEA 65 gebildete Rückstellung nicht verloren, sofern noch weitere Krankheitskostentarife mit Alterungsrückstellung wie zum Beispiel KlinikPRIVAT bestehen. Die Beiträge der Tarife mit Alterungsrückstellungen werden dann gemäß den BEST- bzw. BEA-Bedingungen ermäßigt. Der Ermäßigungsbetrag ist gegebenenfalls zu reduzieren (60 Prozent-Grenze). Enden jedoch alle Krankheitskostentarife, die eine Alterungsrückstellung bilden, endet auch die Sonderbedingung und der bisher in BEST bzw. BEA 65 angesparte Betrag verfällt.