

Tarifbedingungen der Bayerische Beamten Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif V.I.P. dental Prestige

(gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Bayerische Beamten Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/BBV))

(Stand 01.01.2012)

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif V.I.P. dental Prestige können Personen versichert werden, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif V.I.P. dental Prestige für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

§ 2 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als drei fehlenden Zähnen. Erfolgt der Abschluss dieses Tarifes aufgrund einer Umstufung (Tarifwechsel), gilt als Vertragsabschluss im Sinne dieser Tarifbedingungen der Zeitpunkt, in dem die versicherte Person erstmalig eine Zahnergänzungsversicherung bei der Bayerische Beamten Versicherung AG abgeschlossen hat. Als fehlend im Sinne dieses Tarifes gelten Zähne (außer Weisheitszähne/ Milchzähne), die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht.

§ 3 Versicherte Aufwendungen

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

3.1 Ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für nachstehend aufgeführte Leistungen:

3.1.1 Zahnbehandlung

Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten:

- konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen)
- dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen)
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion)
- parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung)

einschließlich der Material- und Laborkosten.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei Zahnbehandlung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100 %.

3.1.2 Zahnmedizinische Individualprophylaxe

Erstattet werden

- 100% der Aufwendungen bis maximal je 80,- Euro zweimal innerhalb eines Kalenderjahres.

Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

3.1.3 Zahnersatz

Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,

- prothetische Leistungen (Brücken, Stifzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantatologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, Knochenaufbau,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

einschließlich der Material- und Laborkosten.

Erstattet werden

- 100% der Aufwendungen, sofern nur die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen wurde;
- 90% der Aufwendungen, wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann;
- 85% der Aufwendungen, wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 5 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann;
- 80% der Aufwendungen, wenn die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in weniger als 5 Jahren vor Behandlungsbeginn oder gar nicht nachgewiesen werden kann.

3.1.4 Akupunktur, Vollnarkose

Akupunktur zur Schmerzbehandlung und bei der Anästhesie sowie die Durchführung einer Vollnarkose bis zu einem Rechnungsbetrag von 500,- Euro je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer nach den Ziffern 3.1.1 oder 3.1.3 zu ersetzenden Aufwendung steht. Bei Wahl einer Vollnarkose ist zudem ein fachärztliches Attest zur medizinischen Notwendigkeit erforderlich. Die Kosten dieses Attestes sind nicht erstattungsfähig.

Die Aufwendungen werden zum jeweils maßgebenden Erstattungssatz der Hauptleistung ersetzt.

3.1.5 Anrechnung von Leistungen der GKV

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 3.1.1 bis 3.1.4 werden die Vorleistungen der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung der GKV.

Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z.B. weil ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt wurde), wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Leistung der GKV angerechnet.

Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

3.1.6 Kieferorthopädie

Kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten, sofern mit der Behandlung nach Abschluss des Tarifs V.I.P. dental Prestige und vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Ersetzt werden 80% der Aufwendungen, sofern keine Leistungspflicht der GKV besteht und eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen eine Korrektur erforderlich macht. Der Ersatz von Aufwendungen ist auf 500,- Euro innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Besteht eine Leistungspflicht der GKV gemäß §29 SGB V, werden zusammen mit der Vorleistung der GKV 100% der Aufwendungen bis maximal 250,- Euro innerhalb eines Kalenderjahres erstattet.

3.2 Zahnärztliches Honorar

Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie im Rahmen der kassen-zahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden (vgl. Ziffer 3.1) oder soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

3.3 Entfällt

3.4 Heil- und Kostenpläne

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag bei Leistungen für Zahnersatz (Ziffer 3.1.3) oder Kieferorthopädie (Ziffer 3.1.6) 1.000,- Euro, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, dessen Prüfung unverzüglich vorzunehmen. Die Aufwendungen werden zu den nach Ziffern 3.1.3 und 3.1.6 maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige Genehmigung des Versicherers durchgeführt, werden die 1.000,- Euro übersteigenden Aufwendungen zu 50 % der normalen tariflichen Leistungen ersetzt.

3.5 Leistungsstaffelungen

Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 3.1.3 einschließlich der Aufwendungen nach Ziffer 3.1.4, die mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehen, sind für Personen mit bei Vertragsabschluss einem oder keinem fehlenden Zahn begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens

1.250,- Euro im ersten Kalenderjahr,
2.500,- Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
3.750,- Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
5.000,- Euro in den ersten vier Kalenderjahren

ab Versicherungsbeginn nach Tarif V.I.P. dental Prestige.

Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 3.1.3 einschließlich der Aufwendungen nach Ziffer 3.1.4, die mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehen, sind für Personen mit bei Vertragsabschluss zwei fehlenden Zähnen begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens

400,- Euro im ersten Kalenderjahr,
800,- Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
1.200,- Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
1.600,- Euro in den ersten vier Kalenderjahren

ab Versicherungsbeginn nach Tarif V.I.P. dental Prestige.

Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 3.1.3 einschließlich der Aufwendungen nach Ziffer 3.1.4, die mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehen, sind für Personen mit bei Vertragsabschluss drei fehlenden Zähnen begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens

200,- Euro im ersten Kalenderjahr,
400,- Euro in den ersten zwei Kalenderjahren,
600,- Euro in den ersten drei Kalenderjahren und
800,- Euro in den ersten vier Kalenderjahren

ab Versicherungsbeginn nach Tarif V.I.P. dental Prestige.

Die Leistungsstaffelung entfällt für Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

3.6 Besondere Wartezeiten

Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nach Ziffer 3.1.1 abweichend von § 3 Abs. 2 c) der AVB/BBV drei Monate. Für zahnmedizinische Individualprophylaxe nach Ziffer 3.1.2 gibt es abweichend von § 3 Abs. 2 c) der AVB/BBV keine Wartezeit.

3.7 Sonstige Bestimmungen

Leistungen der GKV werden von den Leistungen gemäß vorliegendem Tarif in Abzug gebracht. Vorleistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem Selbstbehalt angegeben sein.

§ 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 V.I.P. dental Prestige haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 AVB/BBV den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/BBV auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.