

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z[®] Zahn

Tarif Z80

Stand: 01.12.2012

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Implantaten und Kieferorthopädie im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV keine Leistungen erbringt, werden bei Einlagefüllungen (Inlays) 20% und bei sonstigem Zahnersatz 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen. Bei Implantaten (Nr. 2) erfolgt kein Abzug, auch wenn die GKV keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen.

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der GOZ berechneten Vergütungsanteile enthält und

teile enthält und

- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **95%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf

65%, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

2. Implantate

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen, sofern die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **65%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Die Aufwendungen für implantologischen Leistungen umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für die Diagnostik (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse und Röntgenaufnahmen einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT)), die lokale Anästhesie, das Einbringen des Implantats, die damit im Zusammenhang stehenden knochenbauenden Maßnahmen sowie das Freilegen des Implantats.

3. Inlays

Zu 80% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten.

4. Kieferorthopädie

a) Mit Vorleistung der GKV:

Zu 60% erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die aufgrund von Mehrkostenvereinbarungen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 - 5 anfallen, bis zu einem Erstattungsbetrag von 350 EUR je Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Hierzu gehören unter anderem die zusätzlichen Aufwendungen für Materialkosten (Brackets,

Bänder, Bögen) und die Versiegelung der Zähne.

b) Ohne Vorleistung der GKV:

Zu 60% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen, für die die GKV aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Einstufung in KIG 2) keinen Leistungsanspruch anerkannt hat.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat.

5. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

- 750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,
- 1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,
- 3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

7. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

8. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif Z80 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle (Anlage 1) zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB erhält der Versicherungsnehmer zusammen mit dem Nachtrag zum Versicherungsschein die geänderte Beitragstabelle.