

# **Zahn-Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung**

## **PROPHYLAX Plus**

### **Tarif 564**

### **Aufbaustufe für die Tarife 170, 762, 768, 769 und DENTAL ZE-Fest (Tarifstufen 560, 561)**

## **Zahnprophylaxe, Inlays, Wurzel- und Parodontosebehandlung**

### **Inhaltsverzeichnis**

§ 1	Allgemeine Grundsätze
§ 2	Leistungen des Versicherungsvertrages
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht
§ 4	Leistungsauszahlung
§ 5	Obliegenheiten
§ 6	Beitrag
§ 7	Beitragszahlung
§ 8	Beitragsanpassung, Leistungserhöhung
§ 9	Vertragslaufzeit
§ 10	Vertragsende

## § 1 Welche allgemeinen Grundsätze sind für diesen Versicherungsvertrag wichtig?

1. Den Umfang des Versicherungsschutzes ersehen Sie aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsschutz unterliegt ausschließlich deutschem Recht.
2. Tarif 564 können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für Sie und die mitversicherten Personen ein Anspruch auf Leistungen bei einer deutschen GKV oder auf freie Heilfürsorge besteht.
3. Bitte achten Sie darauf, dass der Versicherungsschutz entfällt, wenn die Mitgliedschaft oder die Familienmitgliedschaft in der deutschen GKV oder der Anspruch auf freie Heilfürsorge endet. Das ist auch dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden. Die Beendigung müssen Sie uns innerhalb von zwei Monaten mitteilen und nachweisen.
4. Tarif 564 können Sie in Verbindung mit den Zahnzusatztarifen 762 oder 768 oder 769 oder DENTAL ZE-Fest (Tarifstufen 560 bzw. 561) oder 170 abschließen und weiterführen. Endet die Versicherung nach den Tarifen 170 oder 762 oder 768 oder 769 oder DENTAL ZE-Fest (Tarifstufen 560 bzw. 561), so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach diesem Tarif. Neben dieser Zusatzversicherung darf keine Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung für Kosten zahnärztlicher Heilbehandlung bei einem anderen Versicherer bestehen, abgeschlossen oder fortgeführt werden.
5. Ihren Versicherungsantrag nehmen wir mit der Zusendung des Versicherungsscheins an. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.
6. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.
7. Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in Textform an uns richten.
8. Versicherungsfall ist die zahnmedizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person. Er beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

## § 2 Welche Leistungen bieten wir Ihnen im Tarif 564?

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

### a) Zahnprophylaxe

bis zu 100 Euro je Versicherungsjahr.

Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen: Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung, die Kontrolle des Übungserfolges, die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff, die Behandlung überempfindlicher Zähne, die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik, die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen, die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger sowie die Professionelle Zahnreinigung. Diese Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

### b) Füllungen

- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik und
- Kunststofffüllungen

sowie die damit im Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

### c) Wurzelbehandlungen,

#### Parodontosebehandlungen,

#### Knirscherschienen

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen<sup>1</sup> der GOZ bzw. GOÄ.

Wir erstatten 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen (zahnärztliches Honorar, zahntechnische Labor- und Materialkosten). Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge abgezogen.

Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

Je versicherte Person und je Versicherungsjahr (s. § 1 Abs. 6) ist die Erstattung begrenzt

- im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf jeweils 250 Euro,
- im dritten und vierten Versicherungsjahr auf jeweils 500 Euro,
- ab dem fünften Versicherungsjahr unbegrenzt.

Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, leisten wir auch in den ersten vier Versicherungsjahren unbegrenzt. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist.

<sup>1</sup> Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz

2. Haben Sie oder die mitversicherten Personen in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV. Für in der GKV zu leistende Zuzahlungen (sog. Praxisgebühr) besteht kein Leistungsanspruch. Die Leistungen der GKV sowie die Leistungen nach diesem Tarif und einer eventuellen weiteren Zahn-Ergänzungsversicherung des Münchener Verein dürfen zusammen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.
3. Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal des Kalenderjahres auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.
4. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.
5. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, können Sie in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
6. Wir geben auf Ihr Verlangen oder das der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt haben. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.

### § 3 Für welche Bereiche können wir nicht leisten?

Keine Leistungen erbringen wir

1. für zahnmedizinische Behandlungen, deren Ursache auf Kriegsereignisse zurückzuführen ist oder die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
2. für zahnmedizinische Behandlungen, deren Grundlage auf Vorsatz beruhende Unfälle einschließlich deren Folgen zurückzuführen ist,
3. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
4. soweit Sie Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung haben.

### § 4 Was sollten Sie zur Auszahlung der Versicherungsleistung beachten?

1. Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV bzw. Ihrer Abrechnungsstelle für die freie Heilfürsorge vor. Wir benötigen deren Erstattungsvermerk.
2. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benennen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie selbst die Leistung verlangen.
3. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können Sie ohne unsere Zustimmung weder abtreten noch verpfänden oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen.

### § 5 Welche Obliegenheiten haben Sie zu beachten und was ist die Folge einer Verletzung?

1. Bitte beachten Sie, dass Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person auf unser Verlangen hin jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.
2. Wenn Sie oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, sind wir unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

### § 6 Was kostet der Versicherungsschutz?

1. Die monatlichen Beitragsraten entnehmen Sie dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

### § 7 Wie und wann ist der Beitrag zu zahlen?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie können den Beitrag wahlweise auch monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich bezahlen. Der Jahresbeitrag wird dann insoweit gestundet. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres zur Zahlung fällig.
2. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren oder per Banküberweisung. Der Beitrag ist jeweils zum Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu zahlen.

3. Den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate müssen Sie, sofern nichts anderes vereinbart ist, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Zahlen Sie den ersten Beitrag oder spätere Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
4. Gegen unsere Forderungen können Sie nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

#### **§ 8 Können sich Beitrag oder Leistungsansprüche nach Abschluss des Versicherungsvertrages ändern?**

1. Wir sind berechtigt, den Beitrag zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 10 % abweichen. Um entsprechende Feststellungen treffen zu können, vergleichen wir mindestens einmal jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen.
2. Die geänderten Beiträge werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienanpassung wirksam werden soll. Auf die Frist werden wir Sie bei der Bekanntgabe gesondert hinweisen. Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Kündigung.
3. Um den Wert Ihres Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir festgelegte Höchstleistungsbeträge anheben. Änderungen werden wir im Rahmen einer Neukalkulation nach den in Absatz 1 und Absatz 2 festgelegten Regeln vornehmen.

#### **§ 9 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?**

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst bis zum Ende des zweiten auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres kündigen. Sie können die Kündigung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen. Wir verzichten auf das Recht der ordentlichen Kündigung.
2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen GKV bzw. mit Beendigung des Anspruchs auf freie Heilfürsorge. Es endet auch, wenn die Grundtarife 170 oder 762 oder 768 oder 769 oder DENTAL ZE-Fest (Tarifstufen 560 bzw. 561) enden.
3. Das Versicherungsverhältnis endet, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt. Die mitversicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben.

Auch mit dem Ableben einer mitversicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

#### **§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.