

Krankheitskostenteilversicherung

Teil III

Zahn-Zusatzversicherung: Tarif ZZ Professional

Inhalt

1. Allgemeine Regelungen
 - 1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?
 - 1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?
 - 1.3 Wer kann versichert werden?
2. Wartezeiten
3. Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze
 - 3.1 Welche Gebührenordnungen gelten?
 - 3.2 Wann gelten die Aufwendungen als entstanden?
 - 3.3 Was gilt für die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?
 - 3.4 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?
4. Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen
 - 4.1 Was leisten wir für Zahnbehandlung?
 - 4.2 Was leisten wir für Zahnprophylaxe?
 - 4.3 Was leisten wir für Inlays (Einlagefüllungen)?
 - 4.4 Was leisten wir für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung?
 - 4.5 Was leisten wir für Zahnersatz?
 - 4.6 Was leisten wir für kieferorthopädische Behandlungen?
 - 4.7 Welche Höchstbeträge gelten für Material- und Laborkosten?
5. Leistungseinschränkungen
 - 5.1 Was gilt bei der Leistung für fehlende und noch nicht ersetzte Zähne?
 - 5.2 Was gilt bei der Leistung für laufende bzw. angeratene oder beabsichtigte Behandlungen?
 - 5.3 Was gilt bei Tarifwechsel?
 - 5.4 Ist es sinnvoll, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?
 - 5.5 Welche Höchstbeträge gelten für die versicherten Leistungen?
6. Services
 - 6.1 Unterstützung
7. Beiträge
8. Glossar

1. Allgemeine Regelungen

1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Diese bestehen aus:

Teil I Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009),

Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG und

Teil III Tarifbedingungen des Tarifs ZZ Professional.

Die Teile I und II gelten, soweit sie nicht durch die Bestimmungen des Teils III ergänzt oder geändert werden.

Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahn-Zusatzversicherung. Sie ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Für Empfänger der Heilfürsorge tritt an Stelle der GKV-Leistung die Leistung der Heilfürsorge. Soweit in diesen Bedingungen von GKV bzw. Leistungen der GKV gesprochen wird, sind hiervon auch die Empfänger der Heilfürsorge betroffen.

Wir bieten Versicherungsschutz für:

- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe
- Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung
- Zahnersatz
- unfallbedingte Kieferorthopädie

Die genauen Leistungen haben wir unter Ziffer 4 beschrieben.

1.3 Wer kann versichert werden?

Sie können sich versichern, wenn Sie Anspruch auf Leistungen der GKV haben oder Empfänger der Heilfürsorge sind.

Wenn die jeweilige Eigenschaft wegfällt, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Wenn die Voraussetzung wegfällt, müssen Sie uns das unverzüglich in Textform mitteilen.

2. Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 der AVB entfallen.

3. Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze

3.1 Welche Gebührenordnungen gelten?

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen berechnet werden. Für ärztliche Leistungen ist das die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für zahnärztliche Leistungen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wir übernehmen die Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung.

Für die GOÄ bzw. GOZ handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des § 5 der Gebührenordnung.

3.2 Wann gelten die Aufwendungen als entstanden?

Die Aufwendungen rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Behandlung erfolgte.

3.3 Was gilt für die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 4.1 bis 4.4 ist keine Vorleistung Ihrer GKV oder eines anderen Kostenträgers (z. B. Heilfürsorge) erforderlich. Wenn Ihre GKV oder ein anderer Kostenträger jedoch eine Vorleistung erbringt, übernehmen wir maximal die Differenz zwischen den Gesamtkosten und der GKV-Vorleistung. Sie können die Gesamtkosten maximal zu 100 % erstattet bekommen.

Wenn Sie in der GKV (z. B. im Rahmen eines Wahltarifs) oder in der Heilfürsorge einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

Er kann also nicht erstattet werden. Auch ein verbleibender Eigenanteil wegen des Abbruchs bzw. erfolgloser Beendigung einer kieferorthopädischen Behandlung gilt als Vorleistung und wird nicht erstattet.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

Bei Zahnersatzmaßnahmen (Ziffer 4.5) ziehen wir die Leistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers von unserem Erstattungsbetrag ab.

Wenn Ihre GKV keine Leistung für den Zahnersatz erbringt, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung erfolgt, gelten fiktiv als Leistung der GKV pauschal 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. In diesem Fall ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz zu 90 % abzüglich dieser fiktiven Leistung.

3.4 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?

Gesundheitspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus unter www.vrk.de einsehbar.

Durch Inanspruchnahme dieser Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen.

4. Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen

4.1 Was leisten wir für Zahnbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung zu **100 %**. Diese sind auf **200 €** pro Kalenderjahr begrenzt.

Als erstattungsfähige Zahnbehandlungen gelten z. B.:

- besondere Füllungen (hierzu zählen z. B. Komposit-, Kunststoff- oder Wurzelkanalfüllungen)
- Wurzelbehandlungen
- Parodontalbehandlungen
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion)
- Laserbehandlungen
- OP-Mikroskop (nach GOZ-Ziffer 0110)
- PACT - Photoaktivierte Chemotherapie
- VECTOR-Ultraschall-Behandlungen

4.2 Was leisten wir für Zahnprophylaxe?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe zu **100 %**. Diese sind auf **200 €** pro Kalenderjahr begrenzt.

Zur Zahnprophylaxe zählen z. B.:

- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnsteinentfernung
- Prothesenreinigung
- Erstellung eines Mundhygienestatus
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe
- Fissurenversiegelung

4.3 Was leisten wir für Inlays (Einlagefüllungen)?

Ein Inlay ist eine in einem zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllung.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays zu **90 %**.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen:

- die mit der Behandlung verbundenen Vor- und Nachbehandlungen (z. B. provisorische Versorgung, besondere Maßnahmen beim Füllen)
- die dabei anfallenden Honorar-, Material- und Laborkosten (Ziffer 4.7)

Wenn Sie ein mit uns kooperierendes zahntechnisches Labor oder einen mit uns kooperierenden Zahnarzt (Gesundheitspartner) nutzen, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten bzw. Honorarkosten auf **100 %**.

4.4 Was leisten wir für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu **100 %**. Diese sind auf **200 €** pro Kalenderjahr begrenzt.

Als besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gelten:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf)
- Vollnarkose
- Lachgas-Sedierung
- Akupunktur
- Hypnose

Voraussetzung ist, dass die Leistung in direktem Zusammenhang

- mit einer Zahnbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen) oder
- mit Zahnersatzmaßnahmen steht.

Diese Voraussetzungen entfallen bei Kindern bis zu ihrem 18. Geburtstag.

Nicht erstattet werden Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im Zusammenhang mit Zahnprophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 4.2.

4.5 Was leisten wir für Zahnersatz?

Wenn Ihre GKV eine Leistung für Zahnersatz erbringt, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz zu **90 % abzüglich der Leistung Ihrer GKV**.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen: 1.500 €
davon 90 %: 1.350 €
abzgl. Festzuschuss der GKV: 450 €
unsere Leistung: 900 €

Wenn Ihre GKV keine Leistung für den Zahnersatz erbringt, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung erfolgt, gelten fiktiv als Leistung der GKV pauschal 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. In diesem Fall ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz zu 90 % abzüglich dieser fiktiven Leistung.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen: 1.500 €
davon 90 %: 1.350 €
GKV zahlt nichts,
dann abzgl. 40 % von 1.500 €: 600 €
unsere Leistung: 750 €

Wenn Sie ein mit uns kooperierendes zahntechnisches Labor oder einen mit uns kooperierenden Zahnarzt (Gesundheitspartner) nutzen, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten bzw. Honorarkosten auf **100 %**.

Als Zahnersatz gelten:

- prothetische, implantologische und augmentative Leistungen (Knochenaufbau)
- Versorgung mit Kronen jeder Art
- Verblendungen
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (z. B. Knirscherschiene, DROS-Schiene)
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z. B. Entfernen von Zähnen oder Provisorien
- die dabei anfallenden Honorar-, Material- und Laborkosten (Ziffer 4.7)

Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Wir erstatten die Anzahl der Implantate, die medizinisch notwendig ist.

Kosten für Verblendungen sind bis einschließlich Zahn 8 (letzter Zahn) erstattungsfähig. Sie gelten als Teil des Zahnersatzes.

Wir ergänzen die Leistung Ihrer GKV auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn Kronen, Brücken, Prothesen sowie deren Reparaturen im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung durchgeführt werden.

4.6 Was leisten wir für kieferorthopädische Behandlungen?

Wir erstatten ausschließlich Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines **Unfalls** erforderlich werden und **medizinisch notwendig** sind.

Wenn Ihre GKV keine Leistung erbringt, ersetzen wir die erstattungsfähigen kieferorthopädischen Behandlungskosten zu **90 %**.

Wenn Ihre GKV eine Leistung erbringt, ersetzen wir **90 % der Mehrkosten**, die nicht unter den Leistungsanspruch der GKV fallen.

Als Mehrkosten gelten insbesondere:

- Mini-Metallbrackets, Keramik- und Kunststoffbrackets
- unsichtbare Zahnspange (Invisalign)
- Lingualtechnik
- festsitzender Retainer
- konfektionierte herausnehmbare Geräte
- festsitzender Lückenhalter
- farbige oder farblose Bögen und Teilbögen
- thermisch programmierbare oder plastische Bögen und Teilbögen
- Pendulum
- Distal-Jet
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen

Für **alle kieferorthopädischen Maßnahmen** gilt:

Der Erstattungsbetrag ist über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal **1.500 €** pro versicherte Person begrenzt. Er bezieht sich auf sämtliche während der Vertragslaufzeit stattfindenden kieferorthopädischen Behandlungen bzw. Mehrkosten.

Für die im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Material- und Laborkosten gelten die Höchstbeträge gemäß Ziffer 4.7.

Ein eventuell verbleibender Eigenanteil wegen des Abbruchs bzw. erfolgloser Beendigung einer kieferorthopädischen Behandlung wird **nicht** erstattet.

4.7 Welche Höchstbeträge gelten für Material- und Laborkosten?

Bei der Erstattung der zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) legen wir maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundes einheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde.

Die Erstattungshöchstsätze finden Sie im beigefügten Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV).

Darüber hinaus finden Sie dort auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z. B. Inlays oder Keramik kronen.

Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich damit auch die Höhe der entsprechenden Positionen des PLV.

Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, gilt: Wir passen diese Positionen nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL an.

Die jeweils aktuelle Fassung des PLV können Sie über www.vrk.de abrufen.

5. Leistungseinschränkungen

5.1 Was gilt bei der Leistung für fehlende und noch nicht ersetzte Zähne?

Wir leisten nicht für Behandlungsmaßnahmen von Zähnen, die bereits bei Vertragsschluss fehlen und noch nicht ersetzt wurden. Weisheitszähne sind hiervon ausgenommen. Ein sogenannter „vollständiger Lückenschluss“ gilt nicht als fehlender Zahn.

Wenn bei einer medizinisch notwendigen Kronen-Brücken-Versorgung eine vor dem Vertragsschluss vorhandene Lücke geschlossen wird, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen anteilig. Dafür berechnen wir den Anteil der behandelten, vorhandenen Zähne an allen an der Zahnersatzmaßnahme beteiligten Zähnen.

Beispiel:

An drei Zähnen erfolgt eine Kronen-Brücken-Kronenversorgung, bei der der mittlere Zahn bei Vertragsschluss fehlte. Die anteilige Erstattung für diese Gesamtversorgung beträgt daher 2/3 der Tarifleistung (2 von 3 Zähnen).

Wenn sich die erstattungsfähigen Aufwendungen auf 2.500 € belaufen und sich die GKV mit einem Betrag von 800 € beteiligt, erstatten wir folgendermaßen:

- Tarifleistung: 90 % von 2.500 € abzgl. 800 € (GKV-Leistung) = 1.450 €
- Erstattung: 2/3 von 1.450 € = 966,67 €
- Zusammen mit der Leistung der GKV erhalten Sie: 966,67 € + 800 € = 1.766,67 €

5.2 Was gilt bei der Leistung für laufende bzw. angeratene oder beabsichtigte Behandlungen?

Wir leisten nicht für zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen, die bereits bei Vertragsschluss geplant oder angeraten sind bzw. zu diesem

Zeitpunkt durchgeführt werden – ausgenommen sind Zahnprophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 4.2.

5.3 Was gilt bei Tarifwechsel?

Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, gilt für die **Mehrleistung**:

Wir leisten nicht für Behandlungsmaßnahmen von Zähnen, die bereits bei Tarifwechsel fehlen und noch nicht ersetzt wurden. Weisheitszähne sind hiervon ausgenommen. Ein sogenannter „vollständiger Lückenschluss“ gilt nicht als fehlender Zahn.

Außerdem leisten wir nicht für zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen, die bereits bei Tarifwechsel geplant oder angeraten sind bzw. zu diesem Zeitpunkt durchgeführt werden – ausgenommen sind Zahnprophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 4.2.

5.4 Ist es sinnvoll, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wenn Sie rechtzeitig vor Beginn Ihrer Behandlung eine Kopie des Heil- und Kostenplans einreichen, informieren wir Sie gerne über die Höhe der voraussichtlichen Erstattung. Der Heil- und Kostenplan muss den Kostenvorschlag des Zahnlabors mit den spezifischen Kosten für Material- und Laborkosten enthalten. Bitte lassen Sie im Falle von Zahnersatz und Kieferorthopädie den Plan von Ihrer GKV genehmigen.

Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

5.5 Welche Höchstbeträge gelten für die versicherten Leistungen?

Während der ersten fünf Versicherungsjahre gelten für die Erstattungen für Zahnersatz und Inlays pro versicherte Person folgende Höchstbeträge:

- 1.000 € im ersten Versicherungsjahr
- 2.000 € in den ersten beiden Versicherungsjahren
- 3.000 € in den ersten drei Versicherungsjahren
- 4.000 € in den ersten vier Versicherungsjahren
- 5.000 € in den ersten fünf Versicherungsjahren

Diese Begrenzungen entfallen bei Unfall.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

6. Services

6.1 Unterstützung

Wir unterstützen Sie mit einem vielfältigen Angebot im Leistungsfall und rund um Ihren Vertrag.

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.vrk.de.

7. Beiträge

Der Tarif wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersgruppen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person:

Altersgruppe	Monatsbeitrag
0 bis 20 Jahre	6,50 €
21 bis 55 Jahre	22,50 €
Ab 56 Jahre	36,50 €

Für die Höhe der Erstbeiträge ist Ihr tatsächliches Alter am Monatsende vor dem Versicherungsbeginn ausschlaggebend. Der Beitrag richtet sich nach der Altersgruppe dieses Alters.

Während der Vertragslaufzeit verändert sich der Beitrag ab dem Monatsersten nach Ihrem 21. bzw. 56. Geburtstag. Sie müssen dann den Beitrag der jeweils erreichten, nächsthöheren Altersgruppe zahlen.

Durch Beitragsanpassungen gemäß § 8 b der AVB können sich die genannten Beiträge verändern.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

8. Glossar

Im folgenden Abschnitt erläutern wir verschiedene medizinische und in der Versicherung gebräuchliche Fachbegriffe. Das Glossar enthält keine Leistungsversprechen.

Alterungsrückstellungen

Als Alterungsrückstellungen werden Rücklagen in der privaten Krankenversicherung für die Absicherung von Altersrisiken bezeichnet.

Augmentative Leistungen

Augmentative Maßnahmen dienen dem Knochenaufbau in Verbindung mit einer Implantatbehandlung.

Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL)

Das BEL enthält alle zahntechnischen Leistungen, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bei gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden können.

Befundbezogene Festzuschüsse

Für Zahnersatz erstatten die gesetzlichen Krankenkassen nur noch „Festzuschüsse“. Diese Festzuschüsse orientieren sich an über 50 verschiedenen Befunden. Man spricht daher auch von „befundorientierten Festzuschüssen“. Für jeden dieser Befunde sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine einfache und günstige Zahnersatzversorgung vor.

Erstattungsfähige Aufwendungen

Im Idealfall entspricht der Rechnungsbetrag den erstattungsfähigen Gesamtkosten. Wenn der Zahnarzt aber zum Beispiel einen höheren Gebührensatz als den Höchstsatz der Gebührenordnung verlangt, dann gibt es eine Differenz zwischen Rechnungsbetrag und erstattungsfähigen Aufwendungen. Gleiches gilt beispielweise, wenn höhere Material- oder Laborkosten in Rechnung gestellt werden, als die in dem zugrundeliegenden Preis-Leistungsverzeichnis.

Erstattungsvermerk

Als Erstattungsvermerk wird die Bestätigung der GKV oder eines anderen Kostenträgers bezeichnet. Daraus muss sich ergeben, ob und ggf. in welcher Höhe die berechneten Kosten erstattet werden/wurden.

Fissurenversiegelung

Es handelt sich hierbei um eine kariesvorbeugende Behandlung zum Schutz der Fissuren (spaltartige Vertiefung in den großen und kleinen Backenzähnen) – vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die GOÄ bzw. GOZ regelt die Abrechnung der (zahn-) ärztlichen Leistungen im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung.

Heilfürsorge

Die Heilfürsorge ist eine besondere Form der Fürsorge des Dienstherrn (Bund oder Land) gegenüber seinen Beamten. Sie gehört weder zur gesetzlichen noch zur privaten Krankenversicherung. Heilfürsorge wird speziell denjenigen Berufsgruppen gewährt, deren Tätigkeit besonders risikoreich und gefährlich ist, z. B. Polizeibeamte.

Implantologische Leistungen

Implantate sind künstliche Zahnwurzeln, die in den Kieferknochen eingepflanzt werden. Auf ihnen lassen sich z. B. Kronen oder Brücken verankern.

Krankenversicherung nach Art der Schaden

Die Prämie wird auf Basis einer jährlichen Betrachtung berechnet und kalkuliert keine Alterungsrückstellungen ein.

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)

Das Preis-Leistungsverzeichnis legt die maximalen Obergrenzen für Material- und Laborkosten fest, bis zu denen wir die Kosten anerkennen.

Rechnungsbetrag

Dabei handelt es sich um den Betrag, den der Zahnarzt dem Patienten direkt in Rechnung stellt – weil er ihn nicht über die Chip-Karte bei der GKV abrechnen kann.

Regelversorgung

Die Regelversorgung bezeichnet den als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehenen Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand.

Schriftform

Schriftform bedeutet: Schriftlich und mit eigenhändiger Unterschrift unterzeichnet.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, aber hier ist im Gegensatz zur Schriftform keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z. B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z. B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Unverzüglich bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, für die der vereinbarte Versicherungsschutz abgeschlossen wurde.

Vollständiger Lückenschluss

Von einem vollständigen Lückenschluss spricht man, wenn die Zähne so zusammenrücken, dass keine Lücke mehr vorhanden ist.

Verblendung

Mit einer Verblendung wird die Farbe einer Krone an die Farbe der anderen Zähne angepasst. Dabei wird zum Beispiel Kunststoff oder Metallkeramik verwendet.

Wahltarif

Wahltarife sind ein teils freiwilliges, teils gesetzlich vorgeschriebenes Angebot von gesetzlichen Krankenkassen, das von den gesetzlich Versicherten genutzt werden kann.