münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

# Zahn-Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

## DENTAL CARE Premium

## Tarif 769

## Zusatzversicherung für Zahnersatz

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung
***Teil II*** ***Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN***

100 44 91/00 (01.13)



**Münchener Verein Krankenversicherung a. G.,** Sitz München, HRB 764, AG München
**Direktion:** Pettenkoferstr. 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

# A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die ein Anspruch auf Leistungen bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder auf freie Heilfürsorge besteht. Endet die Mitgliedschaft oder die Familienmitgliedschaft in der GKV oder der Anspruch auf freie Heilfürsorge, endet der Versicherungsschutz und das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif. Das ist selbst dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden.

Der Versicherungsnehmer hat das Ende der Mitgliedschaft oder der Familienmitgliedschaft oder des Anspruchs auf freie Heilfürsorge unverzüglich anzuzeigen und nachzuweisen.

Neben dieser Zusatzversicherung darf keine Krankenkostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung für Kosten zahnärztlicher Heilbehandlung bei einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden.

# B. Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

   a) Zahnersatz
   Stiftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Implantate, Onlays, Prothesen, Reparaturen und die mit diesen Leistungen im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen;

   b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

2. Bei einer bevorstehenden Zahnersatzmaßnahme rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

3. Erstattet werden

   a) 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung im Rahmen der zahnärztlichen Regelversorgung (ohne privatärztlichen Vergütungsanteil) durchgeführt wird,

   b) 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung ganz oder teilweise im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) durchgeführt wird

   **und** die versicherte Person eine regelmäßige Zahnvorsorge ohne Unterbrechung in den letzten 10 Jahren vor Beginn der zahnärztlichen Behandlung nachweist (§ 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V).

   Wird keine regelmäßige Zahnvorsorge ohne Unterbrechung in den letzten 10 Jahren vor Beginn der Behandlung nachgewiesen, reduzieren sich die Erstattungssätze
   - um 5 Prozentpunkte, wenn der Versicherte die Durchführung dieser Zahnvorsorge nur über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren nachweisen kann bzw.
   - um 15 Prozentpunkte, wenn diese Zahnvorsorge weniger als 5 Jahre durchgeführt wurde.

   Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung gemäß 3 b) bis zu den Höchstsätzen[1] der GOZ bzw. GOÄ.

   Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge für den der zahnärztlichen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge.

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

Je versicherte Person und je Versicherungsjahr (§ 13 II Ziff. 2 AVB 2013) ist die Erstattung begrenzt

a) im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf jeweils 500 EUR,

b) im dritten und vierten Versicherungsjahr auf jeweils 1000 EUR,

c) ab dem fünften Versicherungsjahr unbegrenzt.

Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, wird auch in den ersten vier Versicherungsjahren unbegrenzt geleistet. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

4. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV. Für in der GKV zu leistende Zuzahlungen im Sinne von § 61 SGB V (sog. Praxisgebühr) besteht kein Leistungsanspruch. Die Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge sowie die Leistungen nach diesem Tarif und einer eventuellen weiteren Zahn-Ergänzungsversicherung des MÜNCHENER VEREIN dürfen zusammen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.

5. 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.

---

[1] Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

6. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

## C. Nachweise

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge sowie eine Kopie des Bonusheftes vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge einmal nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

## D. Leistungsanpassung

Gemäß § 8 b I Ziff. 1 bzw. § 8 b II AVB 2013 können bei nicht nur vorübergehender Abweichung der tatsächlich erforderlichen von den rechnungsmäßig kalkulierten Leistungsauszahlungen die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

## E. Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

2. Für Versicherte mit Eintrittsalter unter 21 gilt abweichend von § 8 a II Ziff. 2 AVB 2013 als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Die Umstufung auf ein höheres Alter bei Erreichen der dort bestimmten Altersgrenzen (Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres) entfällt.