Zahnersatz-Tarif MediGroup Z
für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages

(Stand: 01.10.2020)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Allgemeine Bestimmungen

1.
Geltung des Gruppenversicherungsvertrages

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) gelten in Verbindung mit den für den Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup Z maßgeblichen Regelungen des zwischen dem jeweiligen Arbeitgeber und dem Versicherer abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrages.

2.
Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 2 AVB nur Personen, die
- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- Tarif MediGroup Z im Rahmen des bestehenden Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1.
Zahnersatz

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt

100 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (vgl. Abschnitt C.1 und C.3) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (siehe Anhang), sofern privatzahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.

80 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und Implantate (vgl. Abschnitt C.1, C.2 und C.3) nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatzahnärztliche Vergütungsanteile enthält und eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge (§ 55 SGB V) nachgewiesen wird. Erstattet werden mindestens die Kosten der Zahnersatzbehandlung und Implantate, die unter Anrechnung der Leistungen der GKV im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V aus diesem Tarif erstattet worden wären.

Der Erstattungssatz beträgt

75 %, sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen und
70 %, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.

Bei der Versorgung mit Implantaten (vgl. Abschnitt C.2 und C.3) werden die Kosten für maximal vier Implantate je Kiefer erstattet.

Wird eine befundbezogene Vorleistung der GKV nicht erbracht, entfällt eine Erstattung aus Tarif MediGroup Z. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete befundbezogene Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.

2.
Höhe der Erstattung

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediGroup Z begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

750 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
1 500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt C.6) entfallen diese Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistun-

211772 - 10.2020

gen des Tarifs MediGroup Z ab dem vierten Versicherungsjahr.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stiftzähne, die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

2. Als Aufwendungen für Implantate werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.

3. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

4. Entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses angegeben sein müssen.

5. Für die Inanspruchnahme von Leistungen empfehlen wir, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen. Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.

6. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

7. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins bei der versicherten Person erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.

8. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.

D. Ende der Versicherung/Fortführung/Obliegenheit

Erläuterungen

1. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis (vgl. Abschnitt A.2) kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.

2. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV oder dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages (vgl. Abschnitt A.2) unverzüglich zu unterrichten.

3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen, sofern der Versicherungsschutz nicht in der Einzelversicherung fortgesetzt wird

E. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nach-

tragsversicherungsschein.

Anhang:
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Fünftes Buch (V)
Gesetzliche Krankenversicherung

Zahnersatz

§ 55
Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 70 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 75 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversor-

gungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Absatz 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.