

**Krankheitskostenversicherung für
Zahnbehandlung, Zahnersatz,
Kieferorthopädie**

Z 100/80, Z 80/60

Unselbstständige Tarifergänzung für Zahnbehandlung
und Zahnersatz zu den Tarifen

A 80/100, A 90/100, A 106, A 112, A 118

Z 100/80, Z 80/60

Krankheitskostenversicherung für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie

Unselbstständige Tarifergänzung für Zahnbehandlung und Zahnersatz zu den Tarifen **A 80/100, A 90/100, A 106, A 112, A 118**

Z 100/80, Z 80/60

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diese Tarife (Teil III) sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

A Leistungen des Versicherers	Z 100/80 100% des Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung.	Z 80/60 80%
	Z 100/80 80% des Rechnungsbetrages für Zahnersatz sowie Kieferorthopädie, soweit der Versicherungsnehmer vor der eigentlichen Behandlung einen Kostenplan vorlegt. Der Versicherer wird nach Möglichkeit innerhalb von 14 Tagen nach Vorlage den Versicherungsnehmer über seinen Erstattungsanspruch unterrichten.	Z 80/60 60%
	Z 100/80 60% des Rechnungsbetrages für Zahnersatz sowie Kieferorthopädie, falls vor der eigentlichen Behandlung kein Kostenplan vorgelegt wird.	Z 80/60 40%
Zahnstaffel		
Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, aus dem sich die tariflichen Leistungen des Versicherers für zahnärztliche Versorgung durch Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays errechnen, ist in den ersten drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn je versicherte Person wie folgt begrenzt: <ul style="list-style-type: none"> Im ersten Kalenderjahr auf 1.000,- EUR; in den ersten zwei Kalenderjahren insgesamt auf 1.500,- EUR; in den ersten drei Kalenderjahren insgesamt auf 2.000,- EUR. Die Aufwendungen werden stets dem Kalenderjahr der Behandlung zugeordnet. Die genannten Höchstgrenzen finden keine Anwendung für unfallbedingte zahnärztliche Aufwendungen. Ab dem 4. Kalenderjahr gilt die volle tarifliche Leistung ohne Summenbegrenzung.		
B Zahnbehandlung	Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende (z. B. Einlagefüllungen/Inlays, Wurzelbehandlungen), chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (Parodontosebehandlung).	
C Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen	Hierzu gehören Zahnkronen jeder Art, Veneers, sämtliche prothetische Leistungen (z. B. Brücken und Prothesen), Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen (inkl. Knochenaufbauender Maßnahmen) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.	
D Erstattungsfähige Aufwendungen	Es sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.	

E Versicherbarkeit	Die Tarife Z 100/80 und Z 80/60 können nur in Verbindung mit Tarifen für ambulante <u>und stationäre Heilbehandlung vereinbart werden.</u> Fällt während der Versicherungsdauer einer dieser Tarife fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif Z 100/80 und Z 80/60.
F Beiträge	Die monatliche Beitragsrate (Beitragsübersichtsblatt) richtet sich nach dem erreichten Alter, maßgeblich ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr der versicherten Person. Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 149 VAG zu entrichten. Der Zuschlag beträgt 10% der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben. Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.
