

Vertragsgrundlage 006

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnvorsorge (AVB/ZV) Teil I

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Geltungsbereich für den Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) sowie die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz.

Dies gilt für Auslandsaufenthalte, die auch dem Zweck der Heilbehandlung dienen, nur, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeit beträgt grundsätzlich sechs Monate.

(2) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Sie entfallen bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(3) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführte Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.

(4) Arznei- und Verbandsmittel müssen von den Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für

die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer 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. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

1. für auf Vorsatz beruhende Erkrankungen und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat.
2. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war;

Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt. Die vorgenannten Regelungen gelten sowohl für private als auch berufliche Auslandsaufenthalte;

3. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf eine gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung von Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(4) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- (3) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9 Beitragsberechnung

- (1) Die Höhe des Beitrages für den Neuzugang richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn (Eintrittsalter) und ergibt sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.
- (2) Für Personen, die das 20., 40., 45., 50., 55., 60. bzw. 80. Lebensjahr vollenden, ist ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.
- (3) Der Versicherer überprüft die Prämien der Tarife gemäß § 203 Absatz 2 VVG in Verbindung mit § 12 b Absatz 2 VAG, wenn der jährliche Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 7 % für die Versicherungsleistungen und 5% für die Sterbewahrscheinlichkeit ergibt. Im Übrigen bleiben die gesetzlichen Bestimmungen zur Prämienanpassung unberührt.

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person werden dem Versicherungsnehmer zugerechnet und stehen insoweit seiner Kenntnis und seinem Verschulden gleich.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres.
- (2) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person insoweit zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer hiervon Kenntnis erlangt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart oder vom Gesetz vorgesehen ist.

gültig ab 10/2013

Vertragsgrundlage 074
Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

| | | | | | | | | | |
|--|---|----------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| <p>A. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays</p> <p>(2) Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KFO)</p> <p>(3) Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung</p> | <p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) / Heilfürsorge.</p> <p>85 % der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a. den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen)</p> <p>b. Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays</p> <p>90 % der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bei privatärztlicher Versorgung, wenn der Nachweis (z. B. durch ein Bonusheft) erbracht wird, dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte.</p> <p>100 % der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).</p> <p>90 % der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung,</p> <p>a. wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 1000,- Euro für die gesamte Vertragslaufzeit.</p> <p>b. wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.</p> <p>100 % der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a. professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 120,- Euro pro Kalenderjahr</p> <p>b. Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.</p> | | | | | | | | |
| <p>B. Begrenzungen der Leistung</p> <p>(1) Zahnstaffel</p> <p>(2) Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung</p> <p>(3) Vorleistung der GKV</p> | <p>Die Leistungen des Versicherers gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:</p> <table border="1" data-bbox="619 1249 1501 1361"> <tr> <td>1. Jahr:</td> <td>1.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-2. Jahr:</td> <td>2.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-3. Jahr:</td> <td>3.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-4. Jahr:</td> <td>4.500,- Euro</td> </tr> </table> <p>Auf die Zahnstaffel angerechnet werden bei einem Tarifwechsel bereits in Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur (Tarife mit vergleichbaren, oder höheren und umfassenderen Leistungen) zurückgelegte Versicherungsjahre.</p> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.</p> <p>Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.</p> <p>Werden Leistungen nach A1, A2 und A3 b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet.</p> <p>Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV / Heilfürsorge nachgewiesen wird.</p> <p>Als Vorleistung der GKV gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat. - die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden. | 1. Jahr: | 1.000,- Euro | 1.-2. Jahr: | 2.000,- Euro | 1.-3. Jahr: | 3.000,- Euro | 1.-4. Jahr: | 4.500,- Euro |
| 1. Jahr: | 1.000,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-2. Jahr: | 2.000,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-3. Jahr: | 3.000,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-4. Jahr: | 4.500,- Euro | | | | | | | | |
| <p>C. Bonifikationen</p> | <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, welche die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.</p> | | | | | | | | |

D. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen GKV oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.

Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifes Zahnvorsorge DENT Premium-U endet auch die Versicherung im Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I für die Zahnvorsorge

gültig ab 01.2017

**Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif DENT Premium-U
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nicht-sichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Dentinadhäsive Konstruktionen (Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen),
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

**Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung/
Zahnprophylaxe?**

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Welche Aufwendungen zählen zur Kieferorthopädie?

- Behandlungskosten des Kieferorthopäden bzw. Zahnarztes,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen KfO-Maßnahmen anfallen.

Welche sonstigen Aufwendungen zählen dazu?

- Akupunktur zur Schmerzbehandlung
- bei der Anästhesie u.a. die Durchführung von Vollnarkosen bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen

Wichtige Information für Tarifwechsler!

Aus welchen Tarifen erfolgt eine Anrechnung der Zahnstaffel?

- 1) Aus Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur. Das sind ausschließlich die Tarife Dent Komfort, Dent Komfort-U und Dent Premium. Bei einem Wechsel aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen erfolgt keine Anrechnung.
- 2) Eine Anrechnung der Zahnstaffel erfolgt auch aus allen Tarifen mit Leistungen für Zahnersatz, die in Kombination mit einer Krankheitskostenvollversicherung nach § 193 VVG bestehen.

Vertragsgrundlage 075
Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

| Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung | | | | | | | | | |
|--|--|----------|------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| <p>A. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays</p> <p>(2) Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KFO)</p> <p>(3) Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung</p> | <p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) / Heilfürsorge.</p> <p>75 % der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a. den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen)</p> <p>b. Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays</p> <p>100 % der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).</p> <p>75 % der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung,</p> <p>a. wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 750,- Euro für die gesamte Vertragslaufzeit.</p> <p>b. wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.</p> <p>75 % der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für</p> <p>a. professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 100,- Euro pro Kalenderjahr</p> <p>b. Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.</p> | | | | | | | | |
| <p>B. Begrenzungen der Leistung</p> <p>(1) Zahnstaffel</p> <p>(2) Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung</p> <p>(3) Vorleistung der GKV</p> | <p>Die Leistungen des Versicherers gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:</p> <table border="1" data-bbox="624 1149 1503 1261"> <tr> <td>1. Jahr:</td> <td>800,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1. - 2. Jahr:</td> <td>1.800,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1. - 3. Jahr:</td> <td>2.800,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1. - 4. Jahr:</td> <td>3.800,- Euro</td> </tr> </table> <p>Auf die Zahnstaffel angerechnet werden bei einem Tarifwechsel bereits in Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur (Tarife mit vergleichbaren, oder höheren und umfassenderen Leistungen) zurückgelegte Versicherungsjahre.</p> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.</p> <p>Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.</p> <p>Werden Leistungen nach A1, A2 und A3 b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet.</p> <p>Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV / Heilfürsorge nachgewiesen wird.</p> <p>Als Vorleistung der GKV gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat. - die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden. | 1. Jahr: | 800,- Euro | 1. - 2. Jahr: | 1.800,- Euro | 1. - 3. Jahr: | 2.800,- Euro | 1. - 4. Jahr: | 3.800,- Euro |
| 1. Jahr: | 800,- Euro | | | | | | | | |
| 1. - 2. Jahr: | 1.800,- Euro | | | | | | | | |
| 1. - 3. Jahr: | 2.800,- Euro | | | | | | | | |
| 1. - 4. Jahr: | 3.800,- Euro | | | | | | | | |
| <p>C. Option zur Umstellung</p> | <p>Versicherte Personen haben das Recht zum 1.4. des sechsten Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U des Versicherers zu wechseln.</p> | | | | | | | | |
| <p>D. Bonifikationen</p> | <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.</p> | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------------|---|
| E. Versicherungsfähigkeit | <p>Der Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen GKV oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.</p> <p>Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifes Zahnvorsorge DENT Komfort-U endet auch die Versicherung im Tarif Zahnvorsorge DENT Komfort-U.</p> |
|----------------------------------|---|

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I für die Zahnvorsorge

gültig ab 01.2017

| |
|---|
| <p>Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif DENT Komfort-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.</p> |
|---|

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stifzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nicht sichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Dentinadhäsive Konstruktionen (Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen),
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe?

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Welche Aufwendungen zählen zur Kieferorthopädie?

- Behandlungskosten des Kieferorthopäden bzw. Zahnarztes,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen KfO-Maßnahmen anfallen.

Welche sonstigen Aufwendungen zählen dazu?

- Akupunktur zur Schmerzbehandlung
- bei der Anästhesie u.a. die Durchführung von Vollnarkosen bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen

Wichtige Information für Tarifwechsler!

Aus welchen Tarifen erfolgt eine Anrechnung der Zahnstaffel?

- 1) Aus Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur. Das sind ausschließlich die Tarife Dent Komfort, Dent Premium und Dent Premium-U. Bei einem Wechsel aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen erfolgt keine Anrechnung.
- 2) Eine Anrechnung der Zahnstaffel erfolgt auch aus allen Tarifen mit Leistungen für Zahnersatz, die in Kombination mit einer Krankheitskostenvollversicherung nach § 193 VVG bestehen.

Vertragsgrundlage 358

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT

Seite 1 von 3 Stand: 04.2013

Ihr Versicherungsschutz

| | | |
|--|---|---|
| | Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert | sind und für die keine anderen privaten Versicherungen mit Leistungsanspruch für Zahnersatz bestehen. |
| § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes | <p>1. Wir bieten Versicherungsschutz für die Versorgung der versicherten Person mit Zahnersatz.</p> <p>2. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. dessen Erneuerung oder Reparatur, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). Kein Versicherungsschutz besteht für die erstmalige Versorgung mit Zahnersatz für Zähne, die bei Vertragsschluss</p> | <p>fehlten und nicht ersetzt waren.</p> <p>3. Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.</p> <p>4. Ihr Versicherungsschutz gilt weltweit.</p> |
| § 2 Beginn des Versicherungsschutzes | Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder | einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. |
| § 3 Wartezeiten | Es bestehen keine Wartezeiten. | |
| § 4 Informationen zum Leistungsumfang | <p>1. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz oder dessen Reparatur, vorausgesetzt, es besteht für diese Maßnahmen ein von der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Anspruch auf einen Festzuschuss nach § 55 SGB V.</p> <p>2. Wir zahlen im Versicherungsfall den gleichen Betrag, der von der Gesetzlichen Krankenversicherung als Festzuschuss für diesen Zahnersatz erstattet wird. Nach Anrechnung des von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrags sowie von Erstattungen anderer Kostenträger wird jedoch maximal die verbleibende Differenz zu den tatsächlichen Kosten des unter</p> | <p>den Versicherungsschutz fallenden Zahnersatzes gezahlt.</p> <p>3. Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif bestehen folgende Leistungsbegrenzungen:</p> <p>1.-12. Monat insgesamt höchstens 300 EUR 1.-24. Monat insgesamt höchstens 600 EUR 1.-36. Monat insgesamt höchstens 900 EUR 1.-48. Monat insgesamt höchstens 1.200 EUR.</p> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.</p> <p>Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.</p> |
| § 5 Einschränkung der Leistungspflicht | Wir leisten nicht für von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle. | |
| § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen | <p>1. Zur Prüfung Ihres Erstattungsanspruches benötigen wir einen Nachweis über die bei der versicherten Person erbrachten Leistungen unter Angabe der betroffenen Zähne bzw. Bereiche und Behandlungsdaten (z.B. Zahnarztrechnung) sowie einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung und etwaiger Erstattungen Dritter. Nach Prüfung zahlen wir die tarifliche Leistung aus. Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung,</p> | <p>leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.</p> <p>2. Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.</p> <p>3. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.</p> |
| § 7 Ende des Versicherungsschutzes | Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. | |

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

| | | |
|---------------------|---|---|
| § 8 Beitragszahlung | <p>1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Wird das Versicherungsverhältnis zum Ende des zweiten Versicherungsjahres nicht gekündigt, verlängert es sich stillschweigend.</p> <p>2. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.</p> <p>3. Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Vorausset-</p> | <p>zungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und mahnen wir Sie in Textform, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.</p> <p>4. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet,</p> |
|---------------------|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| § 8 Fortsetzung | steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der | erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. |
| § 8a Beitragsberechnung | Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr | der versicherten Person. Für Personen, die das 20., 40., 60. bzw. 80. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen. |
| § 8b Beitragsanpassung | 1. Unsere Versicherungsleistungen können sich durch steigende Behandlungskosten oder eine häufigere Inanspruchnahme oder steigende Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt eine dieser Gegenüberstellungen für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5% müssen alle Beiträge | dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. 2. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt. 3. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angeho- |
| § 9 Mitwirkungspflichten | 1. Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Ihres Erstattungsanspruches dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist. 2. Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflich- | tet, sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen. 3. Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. |
| § 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten | Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 1 und 2 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei | arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat. |
| § 11 Aufrechnung | Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. | |

Ende der Versicherung

| | | |
|--|--|--|
| § 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer | 1. Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist schriftlich kündigen. 2. Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der | Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt. |
| § 13 Kündigung durch den Versicherer | Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. | |
| § 14 Sonstige Beendigungsgründe | 1. Mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die jeweils versicherte Person, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von dem Wegfall Kenntnis erlangt. 2. Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversi- | cherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers. |

Sonstige Bestimmungen

| | | |
|---|---|--|
| § 15 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis | Ihre Willenserklärungen und Mitteilungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir schriftlich (Brief, Fax). | |
| § 16 Verjährung Gerichtsstand | 1. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist. 2. Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. 3. Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. | 4. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig. |

| | | |
|--|---|---|
| § 17 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen | 1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens sind wir berechtigt, die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzung für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. | 2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil. |
|--|---|---|

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz

| | | |
|---|--|--|
| Was ist im Leistungsfall von Ihnen zu beachten? | Damit wir Ihnen schnellstmöglich die tarifliche Leistung erstatten können, reichen Sie uns bitte nach Abschluss der Behandlung folgende Unterlagen ein: - Rechnung und Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes mit Bewilligungsvermerk Ihrer Krankenkasse zum Festzuschuss - mit Angaben zur behandelten Person (Vor- und Zunamen, Geburtsdatum) | - mit Gesamtrechnungsbetrag - mit Behandlungsdaten (Behandlungsdauer) - mit Angaben zu den behandelten Zähnen und durchgeführten Leistungen. Wir empfehlen Ihnen, die Rechnung immer zusammen mit dem genehmigten Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine vorherige Kostenzusage müssen Sie von uns nicht einholen. |
| Wofür besteht kein Versicherungsschutz? | Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, - die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. | - für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT. |

Vertragsgrundlage 375

Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT Inlay

Seite 1 von 1

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|--------------|
| Ihr Versicherungsschutz | | | | | | | | | |
| | Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der AXA Krankenversicherung AG eine Versicherung nach Tarif DENT besteht. | | | | | | | | |
| I. Geltung der Versicherungsbedingungen | Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beinhalten Ergänzungen des Versicherungsschutzes nach Tarif DENT. Soweit diese Bedingungen keine Regelungen zu bestimmten Sachverhalten enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes DENT. | | | | | | | | |
| II. Ergänzung zu §1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wir bieten Versicherungsschutz für <ol style="list-style-type: none"> a. die Versorgung der versicherten Person mit Inlays (Einlagefüllungen) b. Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung. 2. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). | | | | | | | | |
| III. Ergänzung zu § 4 Informationen zum Leistungsumfang | <p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführten Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 50 % der Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Inlays begrenzt auf max. 500,- Euro pro Kalenderjahr. 2. 25 % der Aufwendungen für Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung, begrenzt auf max. 40 Euro pro Kalenderjahr. <p>Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge Dent Inlay bestehen für die Leistungen dieses Tarifs zusätzlich folgende Leistungsbegrenzungen:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>1.-12. Monat insgesamt höchstens</td> <td>300,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-24. Monat insgesamt höchstens</td> <td>600,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-36. Monat insgesamt höchstens</td> <td>900,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-48. Monat insgesamt höchstens</td> <td>1.200,- Euro</td> </tr> </table> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.</p> <p>Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.</p> | 1.-12. Monat insgesamt höchstens | 300,- Euro | 1.-24. Monat insgesamt höchstens | 600,- Euro | 1.-36. Monat insgesamt höchstens | 900,- Euro | 1.-48. Monat insgesamt höchstens | 1.200,- Euro |
| 1.-12. Monat insgesamt höchstens | 300,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-24. Monat insgesamt höchstens | 600,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-36. Monat insgesamt höchstens | 900,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-48. Monat insgesamt höchstens | 1.200,- Euro | | | | | | | | |

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif DENT, Stand 04.2009

Gültig ab 04/2013

Vertragsgrundlage 377

Ergänzende allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Zahnvorsorge DENT Smile

Seite 1 von 1

| Ihr Versicherungsschutz | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|--------------|
| | Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der AXA Krankenversicherung AG eine Versicherung nach Tarif DENT besteht. | | | | | | | | |
| I. Geltung der Versicherungsbedingungen | Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beinhalten Ergänzungen des Versicherungsschutzes nach Tarif DENT. Soweit diese Bedingungen keine Regelungen zu bestimmten Sachverhalten enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes DENT. | | | | | | | | |
| II. Ergänzung zu §1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes | <ol style="list-style-type: none">1. Wir bieten Versicherungsschutz für<ol style="list-style-type: none">a. Zahnbehandlung inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlungb. Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigungc. Kieferorthopädische Behandlung von Personen,<ol style="list-style-type: none">i. die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder), soweit die gesetzliche Krankenkasse (GKV) hierfür keine Leistungen vorsieht.ii. die das 18. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.2. Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Behandlung, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). Diese Voraussetzungen gelten nicht für Leistungen nach Ziffer 1.b. | | | | | | | | |
| III. Ergänzung zu § 4 Informationen zum Leistungsumfang | <p>Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte aufgeführten Positionen. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet.</p> <ol style="list-style-type: none">1. 50 % der Aufwendungen für<ol style="list-style-type: none">a) medizinisch notwendige Zahnbehandlungb) medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, begrenzt auf max. 500,- Euro je Maßnahme.2. 25 % der Aufwendungen für Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung, begrenzt auf max. 40,- Euro pro Kalenderjahr. <p>Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn im Tarif Zahnvorsorge Dent Smile bestehen für die Leistungen dieses Tarifs zusätzlich folgende Leistungsbegrenzungen:</p> <table><tbody><tr><td>1.-12. Monat insgesamt höchstens</td><td>300,- Euro</td></tr><tr><td>1.-24. Monat insgesamt höchstens</td><td>600,- Euro</td></tr><tr><td>1.-36. Monat insgesamt höchstens</td><td>900,- Euro</td></tr><tr><td>1.-48. Monat insgesamt höchstens</td><td>1.200,- Euro</td></tr></tbody></table> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.</p> <p>Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.</p> | 1.-12. Monat insgesamt höchstens | 300,- Euro | 1.-24. Monat insgesamt höchstens | 600,- Euro | 1.-36. Monat insgesamt höchstens | 900,- Euro | 1.-48. Monat insgesamt höchstens | 1.200,- Euro |
| 1.-12. Monat insgesamt höchstens | 300,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-24. Monat insgesamt höchstens | 600,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-36. Monat insgesamt höchstens | 900,- Euro | | | | | | | | |
| 1.-48. Monat insgesamt höchstens | 1.200,- Euro | | | | | | | | |

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif DENT, Stand 04.2009

Gültig ab 04/2013