

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Baustein zahngesundheit ideal (AZB3). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil 1 Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung, Teil 2 Tarif privat ambulant, dem Baustein zahngesundheit ideal (AZB3), dem Versicherungsantrag sowie dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenzusatzversicherung, die den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.



Was ist versichert?

- ✓ Die Leistungen für Zahnbehandlungen (chirurgische Maßnahmen, parodontologische Leistungen und konservierende Leistungen, Schienen- und Aufbissbehelfe).
- ✓ Maßnahmen für die Zahnprophylaxe (professionelle Zahnreinigung (GOZ 1040), weitere Kontrolle des Übungserfolgs).
- ✓ Die Kieferorthopädische Behandlung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen.
- ✗ Zahnersatz, Inlays und konservierende Leistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz stehen.
- ✗ Aufwendungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlungen.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in § 5 der Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie in den Tarifdruckstücken privat ambulant und Baustein zahngesundheit ideal.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Anerkennung der Rechnungshöhe bis zu den Höchstätzen
 - der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
 - der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).
- ! Zahnbehandlungen unter Anrechnung der Leistungen einer GKV oder sonstiger Kostenträger.
- ! Beschränkung des Erstattungsanspruches auf 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags bei fehlender Kassenzulassung des Zahnarztes.
- ! Je Zahnprophylaxemaßnahme 100 EUR und bis zu 200 EUR im Kalenderjahr.
- ! Kieferorthopädische Behandlungen bei Leistungsanspruch gegenüber der GKV: 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags bis zu 600 EUR je Kiefer.
- ! Kieferorthopädische Behandlungen ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV: 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags bis zu 2.000 EUR je Kiefer.
- ! Leistungsbegrenzungen in den ersten 60 Monaten in Abhängigkeit von der zurückgelegten Versicherungsdauer.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Versicherungsschutz im Ausland besteht nur bei Notfällen bzw. nach ausdrücklicher Zustimmung zum Heil- und Kostenplan durch den Versicherer.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Beantragung des Versicherungsschutzes stellen wir Ihnen Fragen, insb. zu Ihrer Gesundheit. Sie sind verpflichtet diese wahrheitsgemäß zu beantworten. Über die Folgen einer Verletzung dieser Anzeigepflicht werden Sie vorvertraglich mit der "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG" aufgeklärt.
- Sie sind verpflichtet auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Als versicherte Person haben Sie nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Neben diesem Tarif dürfen keine weiteren Tarife – auch nicht bei anderen Versicherern – mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und kieferorthopädische Behandlungen bestehen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die Beiträge werden ausschließlich per SEPA-Lastschrift vom angegebenen Konto abgerufen.
- Die Abbuchung des ersten Beitrages erfolgt frühestens 5 Tage vor und spätestens 2 Wochen nach Versicherungsbeginn.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein als „Beginn“ bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor dem Ablauf von Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet bei Tod der versicherten Person. Er endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt, es sei denn, die versicherten Personen benennen innerhalb von 2 Monaten einen neuen Versicherungsnehmer.
- Die Versicherung endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das gesamte Vertragsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Dies gilt ebenso für die Kündigung einzelner Tarifbausteine. Bitte beachten Sie, dass auch nach einer Teilkündigung eines Bausteins im Tarif privat ambulant mindestens zwei Bausteine fortbestehen müssen.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer Altersumstufung, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten zum Zeitpunkt des Inkrafttretens außerordentlich kündigen.