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

Stand: 04.2013

Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

A. Leistungen des Versicherers	Erstattung der Aufwendungen jeweils **inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Heilfürsorge**.
1. Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays	**85 %** der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen) b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays **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. **100 %** der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).
2. Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KfO)	**90 %** der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung, 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. b) wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.
3. Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung	**100 %** der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 120,– Euro pro Kalenderjahr b) Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.
B. Begrenzungen der Leistung	Die Leistungen des Versicheres gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:
1. Zahnstaffel	1. Jahr: 1.000,– Euro 1.-2. Jahr: 2.000,– Euro 1.-3. Jahr: 3.000,– Euro 1.-4. Jahr: 4.500,– Euro Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich. Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.
2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung	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. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.
3. Vorleistung der GKV	Als Vorleistung der GKV gelten auch • 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.
C. Bonifikationen	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.
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 04.2013

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 nichtsichtbaren 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.