ERGO Direkt
Versicherungen

FAQs zum Leistungskatalog

1. *Gibt es eine Mindestvertragsdauer?*

   Es gibt keine Mindestvertragsdauer.

2. *Wie sind die Kündigungsmodalitäten?*

   Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis **ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats** in Textform zu kündigen.

3. *Wie lange sind die Wartezeiten, in denen noch keine Leistung gewährt wird?*

   In jedem Tarif gibt es folgende leistungsbegrenzende Maßnahmen:
   Im 1. Versicherungsjahr max. 250,00 Euro.
   Innerhalb der ersten 2 Versicherungsjahre zusammen max. 500 €.
   Innerhalb der ersten 3 Versicherungsjahre zusammen max. 750 €.
   Innerhalb der ersten 4 Versicherungsjahre zusammen max. 1.000 €.

4. *Bis zu welchem Satz der GOZ wird prinzipiell geleistet?*

   Bis zum 3,5 fachen Satz mit zahnärztlicher Begründung.

5. *Können fehlende Zähne mitversichert werden (ggf. gegen Zuschlag)?*

   Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne können nicht versichert werden. Der Tarif hat keine Gesundheitsprüfung, deshalb wird auch kein Zuschlag erhoben.

6. *Gesundheitsreformtauglichkeit: Wie sind die Tarifleistungen zu bewerten, wenn im Zuge künftiger Reformen die GKV-Leistungen weiter sinken?*

   Die Erstattungshöhe wird dem Kunden unter Anrechnung der GKV-Leistung garantiert.
   Sinkt die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden trotzdem die genannten Prozentsätze an den Kunden erstattet.
   Die Differenz zur Kassenleistung trägt ERGO Direkt.

7. *Ist die Leistung von einer Vorleistung der GKV abhängig, d.h. wird nur dann geleistet, wenn die GKV auch einen Zuschuss erbringt?*

   Eine Vorleistung der GKV wird stets geprüft.
   Falls eine **Zahn-Ersatz-Maßnahme** z.B. im Ausland vorgenommen wird und die Kasse keine Vorleistung erbringt, werden pauschal 35% in Abzug gebracht.
   Für **Zahn-Erhalt-Maßnahmen** gibt es diesen Pauschalabzug nicht. Wir übernehmen somit bei einer Zahn-Erhalt-Maßnahme auch ohne Vorleistung der Kasse 100% der Kosten.

8. *Leistet der Tarif auch dann, wenn ein Privat-Zahnarzt ohne Kassenzulassung Leistungen erbringt (und die GKV dafür gar nicht leistet)?*

   Ja.
   Bei **Zahn-Ersatz-Maßnahmen** in den Tarifen ZAB und ZAE werden 35% von der Leistung quasi als Vorleistung der Kasse abgezogen.
   Für **Zahn-Erhalt-Maßnahmen** ist in den Bedingungen der Tarife ZBB und ZBE die Leistungserbringung durch niedergelassene approbierte Zahnärzte festgeschrieben.

9. *Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattung im Bereich Kieferorthopädie (KfO)?*

   Für den Bereich Kieferorthopädie sind keine Leistungen vorgesehen.

10. *Was fällt grundsätzlich unter den Begriff "Zahnbehandlung"?*

In den AVB taucht der Begriff „Zahnbehandlung“ nur im Zusammenhang mit einer „kosmetischen Zahnbehandlung“ auf (z.B. Verblendschalen und Bleaching in den Tarifen ZBB und ZBE), die vom Versicherungsschutz nicht umfasst ist.
Alle anderen „Zahnbehandlungen“ werden in Zahn-Ersatz- oder Zahn-Erhalt-Maßnahmen aufgeteilt.
Dort ist im Rahmen der Leistungsbeschreibung genau definiert, welche Maßnahmen versichert sind.

11. *Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattungsleistung im Bereich "Zahnbehandlung"?*

Eine kosmetische Zahnbehandlung ist nicht vom Versicherungsschutz gedeckt!
Bei **Zahn-Ersatz-Maßnahmen** erstatten wir 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, sofern die Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif nicht zu einer höheren Leistung führt.
Bei **Zahn-Erhalt-Maßnahmen** erstatten wir 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für: Einlagefüllungen (Inlays und Onlays), Kunststofffüllungen, Knirscherschienen, Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlungen und die damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.
Zusätzlich zahlen wir zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen.

12. *Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattungsleistung im Bereich "Prophylaxe"?*

Im Grundtarif ZBB bis 50 € pro Versicherungsjahr. Im Ergänzungstarif ZBE, der Betrag, der 50 € übersteigt. In der Kombi PPZ erstatten wir die Prophylaxe in voller Höhe.

13. *Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattungsleistung im Bereich "Zahnersatz"?*

Bei Zahn-Ersatz-Maßnahmen erstatten wir **90% der erstattungsfähigen Aufwendungen** inkl. der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter, sofern die Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif nicht zu einer höheren Leistung führt.

14. *Leistung für Implantate?*

Da dies eine Zahn-Ersatz-Maßnahme ist, gilt die dort genannte Erstattungsleistung.

15. *Ist die Anzahl der Implantate, für die geleistet wird, unbegrenzt?*

Ja.

16. *Der max. erstattungsfähige Betrag pro Implantat ist nicht begrenzt?*

Doch, da wir insgesamt nicht mehr als 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen einschließlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter zahlen, sofern die Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif nicht zu einer höheren Leistung führt.

17. *Werden auch Knochenaufbaumaßnahmen übernommen, wenn medizinisch notwendig und danach Implantate eingesetzt werden?*

Ja.
Da dies vorbereitende, therapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit der Implantatbehandlung sind.

18. *Wird auch für Inlays / Onlays geleistet und ggf. in welcher Höhe?*

Inlays und Onlays sind Einlagefüllungen (Zahn-Erhalt-Maßnahme) für die wir **100% erstatten**, inkl. der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Erstattungen Dritter.

19. *Ist die Anzahl der Inlays, für die geleistet wird, unbegrenzt?*

Ja.

20. *Leistung pro Inlay ohne Begrenzung auf einen Höchstbetrag?*

Ja, wenn dieses medizinisch notwendig ist.

21. *Wird grundsätzlich auch für funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen geleistet?*

    Ja.
    Wenn diese im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Implantat-Maßnahmen stehen.

22. *Mit wie viel Prozent werden die Materialkosten für Zahnersatz erstattet?*

    Sie werden zusammen mit den Kosten für die Zahn-Ersatz-Maßnahme **in Höhe von 90%** inkl. der erstattungsfähigen Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter erstattet, sofern die Gesamtabsicherung nach dem Grundtarif nicht zu einer höheren Leistung führt.

23. *Sind bestimmte Leistungen explizit in den AVB von der Erstattung ausgenommen?*

    Ja, kieferorthopädische Leistungen.

24. *Wird ohne Nachteile geleistet, wenn vor Behandlung kein Heil-und Kostenplan zur Genehmigung vorgelegt wird?*

    Ja.

25. *Gibt es Besonderheiten?*

    Allgemein: Keine Gesundheitsprüfung, keine Wartezeiten.
    Zahn-Erhalt: Unbegrenzte Leistungshöhe für Individualprophylaxe; der Versicherte hat keine Selbstbeteiligung zu tragen.
    Zahn-Ersatz: Der Versicherte hat durch die Deckelung der Leistung auf 90% unter Anrechnung der GKV-Leistung sowie Leistungen Dritter einen im Voraus bekannten, festen prozentualen Eigenanteil (bzw. durch Grund-Tarif ZAB keinen Eigenanteil bei reiner Regelversorgung).

26. *Sonstiges*

    Durch das überschneidungsfreie Bausteinkonzept kann maßgeschneiderter Versicherungsschutz ohne versteckte Haken für die individuellen Bedürfnisse des Kunden vereinbart werden.