

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

Zahn Premium

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen. Die nachfolgenden Prozentsätze beziehen sich auf die Erstattung inklusive der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse bzw. Heilfürsorge.

- ✓ 100% für Zahnersatz, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen werden kann, ansonsten 60%.
- ✓ 100% für Füllungen und Inlays, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen werden kann, ansonsten 60%.
- ✓ 100% für Wurzel- und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100% für Schmerzlinderung, max. 500 Euro pro Jahr.
- ✓ 100% für Prophylaxe/ prof. Zahnreinigung, wenn nachgewiesen wird, inwieweit sich die GKV beteiligt oder nicht - ohne Nachweis 80%.
- ✓ 100% für Bleaching, max. 200 Euro innerhalb von 2 Jahren.
- ✓ 100% für kieferorthopädische Behandlungen, max. 5.000 Euro während der Vertragslaufzeit, für Versicherte unter 18 Jahren. Für Versicherte ab 18 Jahren werden kieferorthopädische Behandlungen nur dann erstattet, wenn diese auf einen Unfall zurückzuführen sind.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
- ✗ Krankheitskosten für stationäre Behandlung
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pflegetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.

- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe finden Sie in den Bedingungen.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! In den ersten 2 bzw. 4 Versicherungsjahren sind die Leistungen auf bestimmte Beträge begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. aus der Heilfürsorge ausscheidet.
- Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn:
 - der Vertrag gekündigt wird
 - die versicherte Person stirbt
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
 - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestvertragslaufzeit, kündigen.

Vertragsgrundlage 554

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif Zahn Premium

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Zahnzusatzversicherungen (AVB Teil I) und ist nach Art der Schaden kalkuliert.

A. Allgemeine Regelungen

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif **Zahn Premium** sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn die Mitgliedschaft in der GKV entfällt. Der Entfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit endet auch die Versicherung im Tarif **Zahn Premium**.

Heilfürsorge

Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge sind Mitgliedern der GKV gleichgestellt und dementsprechend versicherungsfähig. Alle weiteren Regelungen dieses Tarifs mit Bezug zur GKV gelten ebenfalls analog für die Heilfürsorge.

Vorleistung

Der Tarif **Zahn Premium** ergänzt die Leistungen der GKV bzw. der Heilfürsorge, die stets vorrangig in Anspruch zu nehmen sind. Besteht ein Anspruch auf Leistungen aus einer GKV bzw. der Heilfürsorge, erfolgt eine Leistung aus diesem Tarif nur für den Teil der Aufwendungen, der nach Abzug der Vorleistungen verbleibt. Als Vorleistung gelten auch Selbstbehalte, welche der Versicherte mit der GKV vereinbart hat. Vorleistungen sind dem Versicherer für die Leistungsbearbeitung und Erstattung der eingereichten Belege nachzuweisen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung gegebenenfalls der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähige Leistungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungshöhe
<p>1. Zahnersatz</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Zahnersatzmaßnahmen. Darunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweiser Zahnersatz durch Zahnkronen einschließlich Vollkronen, Teleskopkronen, Teilkronen wie z.B. Onlays und Overlays - Vollständiger Zahnersatz einschließlich Voll- oder Teilprothesen, Brücken inkl. Stifzähne und implantatgetragener Zahnersatz - Verblendungen, Lumineers und Veneers (Verblendschalen) - Implantologische Leistungen einschließlich Implantaten, chirurgischer Maßnahmen wie z.B. dem Knochenaufbau (Augmentation) sowie digitale Volumentomographie (DVT) - Kurz- und Langzeitprovisorien <p>Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Zahnersatzmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reparaturen - Funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen). 	<p>Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes (z.B. fehlender Zahn), erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p> <p>Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 60%.</p>
<p>2. Füllungstherapien</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Füllungstherapien. Darunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einlagefüllungen (Inlays), auch Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, Aufbaufüllungen - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen) - Kurz- und Langzeitprovisorien 	<p>Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p> <p>Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 60%.</p>



<p>3. Zahnbehandlung</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen bei zahnärztlich erbrachten Leistungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurzelbehandlungen (Endodontische Behandlungen) wie z.B. Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen und elektrometrische Längenbestimmungen - Parodontosebehandlungen einschließlich spezieller Verfahren im Rahmen der Parodontitis-Behandlung wie z.B. der Schleimhauttransplantation oder die Früherkennung durch Bakterien-/DNA-Tests und mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest). 	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>
<p>4. Aufbissbehelfe und Schienen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen des Kausystems und Kiefergelenke. Unter den Versicherungsschutz fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufbissbehelfe und Schienen (wie z.B. Knirscherschienen) <p>Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Aufbissbehelfen und Schienen im direkten Zusammenhang stehenden: Reparaturen, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen, zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten). Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>
<p>5. Laser und Operationsmikroskope</p> <p>Erstattungsfähig sind Zuschläge für die Anwendung eines Lasers und eines Operationsmikroskops.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu dem gleichen Prozentsatz, wie die zugrundeliegende Hauptleistung.</p>
<p>6. Schmerzausschaltung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Vermeidung von Schmerzen. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akupunktur - Analgo-Sedierung (z.B. Dämmerschlaf) - Lachgas-Sedierung - Vollnarkose - Hypnose <p>Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn diese unmittelbar mit einer in diesem Tarif erstattungsfähigen Hauptleistung aus den Abschnitten B. 1., B. 2., B. 3., B. 9. und B. 10. erbracht werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%. Die Leistung ist auf maximal 500 Euro je Versicherungsjahr begrenzt.</p>
<p>7. Zahnvorsorge / Zahnprophylaxe</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten inklusive professioneller Zahnreinigung. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fissuren-Versiegelungen - Fluoridierungs-Maßnahmen - Professionelle Zahnreinigung (PZR) (wie z.B. Reinigung der Zahn-Zwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächen-Politur) - Laborkosten für Prothesenreinigungen - Mundhygienestatus-Erstellung und Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen - Kontrolle des Übungserfolges - Behandlung überempfindlicher Zähne - Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger - Zahnsteinentfernung <p>Die Leistungen der Zahnprophylaxe können auch durch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) erbracht werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>



<p>8. Zahnaufhellung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulant erbrachte zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching). Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu 100%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei auf maximal 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren begrenzt.</p>
<p>9. Kieferorthopädie für Erwachsene:</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn sie nach Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde und die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) <p>Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.</p>
<p>10. Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche:</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) <p>Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.</p>
<p>Anerkannte Leistungserbringer</p>	
<p>Leistungen werden von folgenden Behandlern und Leistungserbringern übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niedergelassene Zahnärzte und Ärzte, die nach deutschem Recht approbiert sind - Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind (§ 95 SGB V) <p>Werden Leistungen nach B. 3. und B. 10. von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40% des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet und von der Erstattung des Versicherers abgezogen. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p>	
<p>Honorar- und Preisgrenzen</p>	
<p>Erstattungsfähig sind die Kosten für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die den Regeln der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) entsprechen und abgerechnet werden. Die Erstattung ist dabei nicht auf den Höchstsatz der GOZ/GOÄ begrenzt. Liegt die Erstattung über dem Höchstsatz, werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung gemäß § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte getroffen wurde. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.</p>	
<p>Heil- und Kostenplan</p>	
<p>Wir empfehlen, uns vor Beginn der Behandlung (Zahnersatz und Kieferorthopädie) einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne, mit welchen Leistungen zu rechnen ist. Sollte uns vorab keinen Heil- und Kostenplan vorliegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.</p> <p>Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden im Rahmen der tariflichen Leistungen erstattet, sofern uns dieser vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird. Tarifliche Leistungsbegrenzungen werden angerechnet.</p>	



C. Leistungsbegrenzungen

Höchsterstattungsbetrag für alle Leistungen gemäß Abschnitt B. 1. - B. 5.

Die Leistungen gemäß B. 1. - B. 5. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.
Die nachfolgenden Höchsterstattungsbeträge gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Als Unfall gilt jedoch nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	1.500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	3.000 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal:	4.500 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal:	6.000 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.

Anrechnung von Vorversicherungszeiten

Bestand für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem anderen deutschen Versicherer mit einem Erstattungssatz von mindestens 80% für Zahnersatz, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 6 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende Begrenzung:

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	1.500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	3.000 EUR

Ab dem dritten Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung. Ein Nachweis über die Vorversicherungszeit ist spätestens mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz zu erbringen. Erfolgt der Nachweis nicht, werden die Vorversicherungszeiten nicht angerechnet.

Höchsterstattungsbetrag für Kieferorthopädie bei Kindern/ Jugendlichen, gemäß Abschnitt B. 10.

Die Leistungen gemäß B. 10. sind in den ersten zwei in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	1.000 EUR

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.



D. Weitere Regelungen

1. Innovations- und Zukunftsgarantie (Anpassung an den medizinischen Fortschritt)

Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden regelmäßig neue zahnmedizinische Behandlungsmethoden und Technologien entwickelt. Im tariflichen Umfang leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die erst in der Zukunft von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden.

2. Wartezeiten:

Abweichend von § 5 AVB Teil I bestehen keine Wartezeiten.

3. Laufzeit und Kündigung durch den Versicherungsnehmer

In Abweichung zu § 16 Abs. 1 AVB Teil 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis - vorbehaltlich der nachstehenden Regelung - zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen kündigen.

Sollte in den ersten zwei Jahren ab Versicherungsbeginn ein Leistungsfall eintreten, gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn als vereinbart. In dem Fall kann der Vertrag erstmalig zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit mit einer Frist von 15 Tagen gekündigt werden.

Altersabhängige Beiträge im Tarif Zahn Premium

Die Beiträge sind besonders günstig, da auf Alterungsrückstellungen verzichtet wurde. Daher steigen mit zunehmendem Alter des Versicherten seine Beiträge. Dies geschieht jeweils zu Beginn des Jahres, in welchem der Versicherte die nächsthöhere Altersklasse erreicht.

Altersklassen und monatliche Beiträge (Stand 04/2026):

0 - 20 Jahre	17,15 EUR
21 - 25 Jahre	14,43 EUR
26 - 30 Jahre	18,08 EUR
31 - 35 Jahre	26,15 EUR
36 - 40 Jahre	33,34 EUR
41 - 45 Jahre	40,02 EUR
46 - 50 Jahre	44,62 EUR
51 - 55 Jahre	52,44 EUR
56 - 60 Jahre	59,86 EUR
ab 61 Jahre	72,68 EUR

Diese Beiträge sind nach dem heutigen Stand kalkuliert. Zukünftige Anpassungen dieser Werte sind gemäß § 12 Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen möglich. Dabei können die Beiträge sinken oder steigen.



Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

Zahn Komfort

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen. Die nachfolgenden Prozentsätze beziehen sich auf die Erstattung inklusive der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse bzw. Heilfürsorge.

- ✓ 90% für Zahnersatz, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen werden kann, ansonsten 50%.
- ✓ 100% für Füllungen und Inlays, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen werden kann, ansonsten 60%.
- ✓ 100% für Wurzel- und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100% für Schmerzlinderung, max. 500 Euro pro Jahr.
- ✓ 100% für Prophylaxe/ prof. Zahnreinigung einmal pro Jahr, wenn nachgewiesen wird, inwieweit sich die GKV beteiligt oder nicht - ohne Nachweis 80%.
- ✓ 100% für Bleaching, max. 200 Euro innerhalb von 2 Jahren.
- ✓ 90% für kieferorthopädische Behandlung, max. 5.000 Euro während der Vertragslaufzeit für Versicherte unter 18 Jahren. Für Versicherte ab 18 Jahren werden kieferorthopädische Behandlungen nur dann erstattet, wenn diese auf einen Unfall zurückzuführen sind.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
- ✗ Krankheitskosten für stationäre Behandlung
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pflegetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.

- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe finden Sie in den Bedingungen.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! In den ersten 2 bzw. 4 Versicherungsjahren sind die Leistungen auf bestimmte Beträge begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. aus der Heilfürsorge ausscheidet.
- Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn:
 - der Vertrag gekündigt wird
 - die versicherte Person stirbt
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
 - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestvertragslaufzeit, kündigen.

Vertragsgrundlage 555

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif Zahn Komfort

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Zahnzusatzversicherungen (AVB Teil I) und ist nach Art der Schaden kalkuliert.

A. Allgemeine Regelungen

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif **Zahn Komfort** sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn die Mitgliedschaft in der GKV entfällt. Der Entfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit endet auch die Versicherung im Tarif **Zahn Komfort**.

Heilfürsorge

Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge sind Mitgliedern der GKV gleichgestellt und dementsprechend versicherungsfähig. Alle weiteren Regelungen dieses Tarifs mit Bezug zur GKV gelten ebenfalls analog für die Heilfürsorge.

Vorleistung

Der Tarif **Zahn Komfort** ergänzt die Leistungen der GKV bzw. der Heilfürsorge, die stets vorrangig in Anspruch zu nehmen sind. Besteht ein Anspruch auf Leistungen aus einer GKV bzw. der Heilfürsorge, erfolgt eine Leistung aus diesem Tarif nur für den Teil der Aufwendungen, der nach Abzug der Vorleistungen verbleibt. Als Vorleistung gelten auch Selbstbehalte, welche der Versicherte mit der GKV vereinbart hat. Vorleistungen sind dem Versicherer für die Leistungsbearbeitung und Erstattung der eingereichten Belege nachzuweisen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung gegebenenfalls der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähige Leistungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungshöhe
<h4>1. Zahnersatz</h4> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Zahnersatzmaßnahmen. Darunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweiser Zahnersatz durch Zahnkronen einschließlich Vollkronen, Teleskopkronen, Teilkronen wie z.B. Onlays und Overlays - Vollständiger Zahnersatz einschließlich Voll- oder Teilprothesen, Brücken inkl. Stifzähne und implantatgetragener Zahnersatz - Verblendungen, Lumineers und Veneers (Verblendschalen) - Implantologische Leistungen einschließlich Implantaten, chirurgischer Maßnahmen wie z.B. dem Knochenaufbau (Augmentation) sowie digitale Volumentomographie (DVT) - Kurz- und Langzeitprovisorien <p>Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Zahnersatzmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reparaturen - Funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen). 	<p>Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes (z.B. fehlender Zahn), erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung zu 90%.</p> <p>Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 50%.</p> <p>Bei Regelversorgung, bei der die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile enthält, erfolgt die Erstattung zu 100%.</p>
<h4>2. Füllungstherapien</h4> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Füllungstherapien. Darunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einlagefüllungen (Inlays), auch Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, Aufbaufüllungen - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen) - Kurz- und Langzeitprovisorien 	<p>Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p> <p>Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 60%.</p>



<p>3. Zahnbehandlung</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen bei zahnärztlich erbrachten Leistungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurzelbehandlungen (Endodontische Behandlungen) wie z.B. Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen und elektrometrische Längenbestimmungen - Parodontosebehandlungen einschließlich spezieller Verfahren im Rahmen der Parodontitis-Behandlung wie z.B. der Schleimhauttransplantation oder die Früherkennung durch Bakterien-/DNA-Tests und mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest). 	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>
<p>4. Aufbissbehelfe und Schienen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen des Kausystems und Kiefergelenke. Unter den Versicherungsschutz fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufbissbehelfe und Schienen (wie z.B. Knirscherschienen) <p>Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Aufbissbehelfen und Schienen im direkten Zusammenhang stehenden: Reparaturen, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen, zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten). Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>
<p>5. Laser und Operationsmikroskope</p> <p>Erstattungsfähig sind Zuschläge für die Anwendung eines Lasers und eines Operationsmikroskops.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu dem gleichen Prozentsatz, wie die zugrundeliegende Hauptleistung.</p>
<p>6. Schmerzausschaltung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Vermeidung von Schmerzen. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akupunktur - Analgo-Sedierung (z.B. Dämmerschlaf) - Lachgas-Sedierung - Vollnarkose - Hypnose <p>Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn diese unmittelbar mit einer in diesem Tarif erstattungsfähigen Hauptleistung aus den Abschnitten B. 1., B. 2., B. 3., B. 9. und B. 10. erbracht werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%. Die Leistung ist auf maximal 500 Euro je Versicherungsjahr begrenzt.</p>
<p>7. Zahnvorsorge / Zahnprophylaxe</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten inklusive professioneller Zahnreinigung. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fissuren-Versiegelungen - Fluoridierungs-Maßnahmen - Professionelle Zahnreinigung (PZR) (wie z.B. Reinigung der Zahn-Zwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächen-Politur) - Laborkosten für Prothesenreinigungen - Mundhygienestatus-Erstellung und Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen - Kontrolle des Übungserfolges - Behandlung überempfindlicher Zähne - Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger - Zahnsteinentfernung <p>Aufwendungen für die Professionelle Zahnreinigung (PZR) sind nur einmal je Versicherungsjahr erstattungsfähig.</p> <p>Die Leistungen der Zahnprophylaxe können auch durch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) erbracht werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>



<p>8. Zahnaufhellung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulant erbrachte zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching). Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu 100%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei auf maximal 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren begrenzt.</p>
<p>9. Kieferorthopädie für Erwachsene:</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn sie nach Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde und die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) <p>Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 90%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.</p>
<p>10. Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche:</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) <p>Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 90%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.</p>
<p>Anerkannte Leistungserbringer</p>	
<p>Leistungen werden von folgenden Behandlern und Leistungserbringern übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niedergelassene Zahnärzte und Ärzte, die nach deutschem Recht approbiert sind - Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind (§ 95 SGB V) <p>Werden Leistungen nach B. 3. und B. 10. von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40% des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet und von der Erstattung des Versicherers abgezogen. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p>	
<p>Honorar- und Preisgrenzen</p>	
<p>Erstattungsfähig sind die Kosten für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die den Regeln der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) entsprechen und abgerechnet werden. Die Erstattung ist dabei auf den 5-fachen Satz der GOZ/GOÄ begrenzt. Liegt die Erstattung über dem Höchstsatz, werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung gemäß § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte getroffen wurde. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.</p>	
<p>Heil- und Kostenplan</p>	
<p>Wir empfehlen, uns vor Beginn der Behandlung (Zahnersatz und Kieferorthopädie) einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne, mit welchen Leistungen zu rechnen ist. Sollte uns vorab keinen Heil- und Kostenplan vorliegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.</p> <p>Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden im Rahmen der tariflichen Leistungen erstattet, sofern uns dieser vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird. Tarifliche Leistungsbegrenzungen werden angerechnet.</p>	



C. Leistungsbegrenzungen

Höchsterstattungsbetrag für alle Leistungen gemäß Abschnitt B. 1. - B. 5.

Die Leistungen gemäß B. 1. - B. 5. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.
Die nachfolgenden Höchsterstattungsbeträge gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Als Unfall gilt jedoch nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	1.500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	3.000 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal:	4.500 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal:	6.000 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.

Anrechnung von Vorversicherungszeiten

Bestand für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem anderen deutschen Versicherer mit einem Erstattungssatz von mindestens 80% für Zahnersatz, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 6 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende Begrenzung:

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	1.500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	3.000 EUR

Ab dem dritten Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung. Ein Nachweis über die Vorversicherungszeit ist spätestens mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz zu erbringen. Erfolgt der Nachweis nicht, werden die Vorversicherungszeiten nicht angerechnet.

Höchsterstattungsbetrag für Kieferorthopädie bei Kindern/ Jugendlichen, gemäß Abschnitt B. 10.

Die Leistungen gemäß B. 10. sind in den ersten zwei in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	1.000 EUR

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.



D. Weitere Regelungen

1. Innovations- und Zukunftsgarantie (Anpassung an den medizinischen Fortschritt)

Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden regelmäßig neue zahnmedizinische Behandlungsmethoden und Technologien entwickelt. Im tariflichen Umfang leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die erst in der Zukunft von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden.

2. Wartezeiten:

Abweichend von § 5 AVB Teil I bestehen keine Wartezeiten.

3. Laufzeit und Kündigung durch den Versicherungsnehmer

In Abweichung zu § 16 Abs. 1 AVB Teil 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis - vorbehaltlich der nachstehenden Regelung - zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen kündigen.

Sollte in den ersten zwei Jahren ab Versicherungsbeginn ein Leistungsfall eintreten, gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn als vereinbart. In dem Fall kann der Vertrag erstmalig zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit mit einer Frist von 15 Tagen gekündigt werden.

Altersabhängige Beiträge im Tarif Zahn Komfort

Die Beiträge sind besonders günstig, da auf Alterungsrückstellungen verzichtet wurde. Daher steigen mit zunehmendem Alter des Versicherten seine Beiträge. Dies geschieht jeweils zu Beginn des Jahres, in welchem der Versicherte die nächsthöhere Altersklasse erreicht.

Altersklassen und monatliche Beiträge (Stand 04/2026):

0 - 20 Jahre	15,63 EUR
21 - 25 Jahre	12,40 EUR
26 - 30 Jahre	15,53 EUR
31 - 35 Jahre	22,33 EUR
36 - 40 Jahre	28,51 EUR
41 - 45 Jahre	34,24 EUR
46 - 50 Jahre	38,21 EUR
51 - 55 Jahre	44,85 EUR
56 - 60 Jahre	51,27 EUR
ab 61 Jahre	62,53 EUR

Diese Beiträge sind nach dem heutigen Stand kalkuliert. Zukünftige Anpassungen dieser Werte sind gemäß § 12 Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen möglich. Dabei können die Beiträge sinken oder steigen.



Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

Zahn Klassik

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen. Die nachfolgenden Prozentsätze beziehen sich auf die Erstattung inklusive der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse bzw. Heilfürsorge.

- ✓ 80% für Zahnersatz, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen werden kann, ansonsten 40%.
- ✓ 100% für Füllungen und Inlays, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen werden kann, ansonsten 60%.
- ✓ 100% für Wurzel- und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100% für Schmerzlinderung, max. 500 Euro pro Jahr.
- ✓ 100% für Prophylaxe/ prof. Zahnreinigung einmal pro Jahr, wenn nachgewiesen wird, inwieweit sich die GKV beteiligt oder nicht - ohne Nachweis 80%.
- ✓ 100% für Bleaching, max. 200 Euro innerhalb von 2 Jahren.
- ✓ 80% für kieferorthopädische Behandlung, max. 5.000 Euro während der Vertragslaufzeit für Versicherte unter 18 Jahren.
Für Versicherte ab 18 Jahren werden kieferorthopädische Behandlungen nur dann erstattet, wenn diese auf einen Unfall zurückzuführen sind.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten für nichtzahnärztliche Behandlung
- ✗ Krankheitskosten für stationäre Behandlung
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pflegetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.

- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe finden Sie in den Bedingungen.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! In den ersten 2 bzw. 4 Versicherungsjahren sind die Leistungen auf bestimmte Beträge begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. aus der Heilfürsorge ausscheidet.
- Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung im Leistungsfall erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn:
 - der Vertrag gekündigt wird
 - die versicherte Person stirbt
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
 - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestvertragslaufzeit, kündigen.

Vertragsgrundlage 556

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif Zahn Klassik

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Zahnzusatzversicherungen (AVB Teil I) und ist nach Art der Schaden kalkuliert.

A. Allgemeine Regelungen

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif **Zahn Klassik** sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn die Mitgliedschaft in der GKV entfällt. Der Entfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit endet auch die Versicherung im Tarif **Zahn Klassik**.

Heilfürsorge

Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge sind Mitgliedern der GKV gleichgestellt und dementsprechend versicherungsfähig. Alle weiteren Regelungen dieses Tarifs mit Bezug zur GKV gelten ebenfalls analog für die Heilfürsorge.

Vorleistung

Der Tarif **Zahn Klassik** ergänzt die Leistungen der GKV bzw. der Heilfürsorge, die stets vorrangig in Anspruch zu nehmen sind. Besteht ein Anspruch auf Leistungen aus einer GKV bzw. der Heilfürsorge, erfolgt eine Leistung aus diesem Tarif nur für den Teil der Aufwendungen, der nach Abzug der Vorleistungen verbleibt. Als Vorleistung gelten auch Selbstbehalte, welche der Versicherte mit der GKV vereinbart hat. Vorleistungen sind dem Versicherer für die Leistungsbearbeitung und Erstattung der eingereichten Belege nachzuweisen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung gegebenenfalls der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähige Leistungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungshöhe
<p>1. Zahnersatz</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Zahnersatzmaßnahmen. Darunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweiser Zahnersatz durch Zahnkronen einschließlich Vollkronen, Teleskopkronen, Teilkronen wie z.B. Onlays und Overlays - Vollständiger Zahnersatz einschließlich Voll- oder Teilprothesen, Brücken inkl. Stützabutments und implantatgetragener Zahnersatz - Verblendungen, Lumineers und Veneers (Verblendschalen) - Implantologische Leistungen einschließlich Implantaten, chirurgischer Maßnahmen wie z.B. dem Knochenaufbau (Augmentation) sowie digitale Volumentomographie (DVT) - Kurz- und Langzeitprovisorien <p>Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Zahnersatzmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reparaturen - Funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen). 	<p>Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes (z.B. fehlender Zahn), erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung zu 80%.</p> <p>Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 40%.</p> <p>Bei Regelversorgung, bei der die Rechnung keine privatärztlichen Vergütungsanteile enthält, erfolgt die Erstattung zu 100%.</p>
<p>2. Füllungstherapien</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Füllungstherapien. Darunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einlagefüllungen (Inlays), auch Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, Aufbaufüllungen - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen) - Kurz- und Langzeitprovisorien 	<p>Erbringt die GKV nachweislich Leistungen zur Behandlung des zahnmedizinischen Befundes, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p> <p>Erbringt die GKV keine Leistung zur Behandlung des zahnmedizinischen Befunds, erfolgt die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 60%.</p>



<p>3. Zahnbehandlung</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen bei zahnärztlich erbrachten Leistungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurzelbehandlungen (Endodontische Behandlungen) wie z.B. Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen und elektrometrische Längenbestimmungen - Parodontosebehandlungen einschließlich spezieller Verfahren im Rahmen der Parodontitis-Behandlung wie z.B. der Schleimhauttransplantation oder die Früherkennung durch Bakterien-/DNA-Tests und mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest). 	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>
<p>4. Aufbissbehelfe und Schienen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen des Kausystems und Kiefergelenke. Unter den Versicherungsschutz fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufbissbehelfe und Schienen (wie z.B. Knirscherschienen) <p>Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Aufbissbehelfen und Schienen im direkten Zusammenhang stehenden: Reparaturen, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen, zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten). Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>
<p>5. Laser und Operationsmikroskope</p> <p>Erstattungsfähig sind Zuschläge für die Anwendung eines Lasers und eines Operationsmikroskops.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu dem gleichen Prozentsatz, wie die zugrundeliegende Hauptleistung.</p>
<p>6. Schmerzausschaltung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Vermeidung von Schmerzen. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akupunktur - Analgo-Sedierung (z.B. Dämmerschlaf) - Lachgas-Sedierung - Vollnarkose - Hypnose <p>Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn diese unmittelbar mit einer in diesem Tarif erstattungsfähigen Hauptleistung aus den Abschnitten B. 1., B. 2., B. 3., B. 9. und B. 10. erbracht werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%. Die Leistung ist auf maximal 500 Euro je Versicherungsjahr begrenzt.</p>
<p>7. Zahnvorsorge / Zahnprophylaxe</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten inklusive professioneller Zahnreinigung. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fissuren-Versiegelungen - Fluoridierungs-Maßnahmen - Professionelle Zahnreinigung (PZR) (wie z.B. Reinigung der Zahn-Zwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächen-Politur) - Laborkosten für Prothesenreinigungen - Mundhygienestatus-Erstellung und Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen - Kontrolle des Übungserfolges - Behandlung überempfindlicher Zähne - Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger - Zahnsteinentfernung <p>Aufwendungen für die Professionelle Zahnreinigung (PZR) sind nur einmal je Versicherungsjahr erstattungsfähig.</p> <p>Die Leistungen der Zahnprophylaxe können auch durch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) erbracht werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 100%.</p>



<p>8. Zahnaufhellung</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulant erbrachte zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching). Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt zu 100%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei auf maximal 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren begrenzt.</p>
<p>9. Kieferorthopädie für Erwachsene:</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn sie nach Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde und die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) <p>Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 80%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.</p>
<p>10. Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche:</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahrs begonnen wurde. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Keramik-, Kunststoff-, Mini-Brackets, unsichtbare Zahnspangen wie Aligner und innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik)) - Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen - Zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) <p>Beendet eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht planmäßig, muss sie einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Die Übernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen erfolgt inklusive der GKV-Vorleistung zu 80%.</p> <p>Die Gesamtleistung ist dabei insgesamt auf maximal 5.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt.</p>
<p>Anerkannte Leistungserbringer</p>	
<p>Leistungen werden von folgenden Behandlern und Leistungserbringern übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niedergelassene Zahnärzte und Ärzte, die nach deutschem Recht approbiert sind - Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind (§ 95 SGB V) <p>Werden Leistungen nach B. 3. und B. 10. von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40% des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet und von der Erstattung des Versicherers abgezogen. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p>	
<p>Honorar- und Preisgrenzen</p>	
<p>Erstattungsfähig sind die Kosten für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die den Regeln der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) entsprechen und abgerechnet werden. Die Erstattung ist dabei auf den 5-fachen Satz der GOZ/GOÄ begrenzt. Liegt die Erstattung über dem Höchstsatz, werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung gemäß § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte getroffen wurde. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.</p>	
<p>Heil- und Kostenplan</p>	
<p>Wir empfehlen, uns vor Beginn der Behandlung (Zahnersatz und Kieferorthopädie) einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne, mit welchen Leistungen zu rechnen ist. Sollte uns vorab keinen Heil- und Kostenplan vorliegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.</p> <p>Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden im Rahmen der tariflichen Leistungen erstattet, sofern uns dieser vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird. Tarifliche Leistungsbegrenzungen werden angerechnet.</p>	



C. Leistungsbegrenzungen

Höchsterstattungsbetrag für alle Leistungen gemäß Abschnitt B. 1. - B. 5.

Die Leistungen gemäß B. 1. - B. 5. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.
Die nachfolgenden Höchsterstattungsbeträge gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Als Unfall gilt jedoch nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	1.500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	3.000 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal:	4.500 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal:	6.000 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung.

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.

Anrechnung von Vorversicherungszeiten

Bestand für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn eine Zusatzversicherung bei einem anderen deutschen Versicherer mit einem Erstattungssatz von mindestens 80% für Zahnersatz, gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 6 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende Begrenzung:

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	1.500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	3.000 EUR

Ab dem dritten Versicherungsjahren gibt es keine weitere Begrenzung. Ein Nachweis über die Vorversicherungszeit ist spätestens mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnersatz zu erbringen. Erfolgt der Nachweis nicht, werden die Vorversicherungszeiten nicht angerechnet.

Höchsterstattungsbetrag für Kieferorthopädie bei Kindern/ Jugendlichen, gemäß Abschnitt B. 10.

Die Leistungen gemäß B. 10. sind in den ersten zwei in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	1.000 EUR

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Versicherungszeiten als auch Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf die Leistungsbegrenzung im neuen Tarif angerechnet.



D. Weitere Regelungen

1. Innovations- und Zukunftsgarantie (Anpassung an den medizinischen Fortschritt)

Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden regelmäßig neue zahnmedizinische Behandlungsmethoden und Technologien entwickelt. Im tariflichen Umfang leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die erst in der Zukunft von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden.

2. Wartezeiten:

Abweichend von § 5 AVB Teil I bestehen keine Wartezeiten.

3. Laufzeit und Kündigung durch den Versicherungsnehmer

In Abweichung zu § 16 Abs. 1 AVB Teil 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis - vorbehaltlich der nachstehenden Regelung - zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen kündigen.

Sollte in den ersten zwei Jahren ab Versicherungsbeginn ein Leistungsfall eintreten, gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn als vereinbart. In dem Fall kann der Vertrag erstmalig zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit mit einer Frist von 15 Tagen gekündigt werden.

Altersabhängige Beiträge im Tarif Zahn Klassik

Die Beiträge sind besonders günstig, da auf Alterungsrückstellungen verzichtet wurde. Daher steigen mit zunehmendem Alter des Versicherten seine Beiträge. Dies geschieht jeweils zu Beginn des Jahres, in welchem der Versicherte die nächsthöhere Altersklasse erreicht.

Altersklassen und monatliche Beiträge (Stand 04/2026):

0 - 20 Jahre	9,18 EUR
21 - 25 Jahre	7,05 EUR
26 - 30 Jahre	8,74 EUR
31 - 35 Jahre	12,14 EUR
36 - 40 Jahre	15,35 EUR
41 - 45 Jahre	18,19 EUR
46 - 50 Jahre	20,25 EUR
51 - 55 Jahre	23,22 EUR
56 - 60 Jahre	26,06 EUR
ab 61 Jahre	31,92 EUR

Diese Beiträge sind nach dem heutigen Stand kalkuliert. Zukünftige Anpassungen dieser Werte sind gemäß § 12 Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen möglich. Dabei können die Beiträge sinken oder steigen.



Vertragsgrundlage 013

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Zahnzusatzversicherungen (AVB/ZV)

Teil I

Seite 1 von 8

Inhalt	Seite
§ 1 Versicherungsfähigkeit	3
§ 2 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	3
(1) Gegenstand der Versicherung	
(2) Umfang des Versicherungsschutzes	
§ 3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes und Erstattungshöhe im Ausland	3
(1) Geltungsbereich	
(2) Vorübergehender Auslandsaufenthalt	
(3) Erstattungshöhe im Ausland	
§ 4 Versicherungsbeginn	3
(1) Beginn des Versicherungsschutzes	
(2) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes	
(3) Beginn des Versicherungsschutzes bei Vertragsänderungen	
(4) Versicherungsfälle vor Beginn der Vertragsänderung	
§ 5 Wartezeiten	4
(1) Dauer der Wartezeit	
(2) Beginn der Wartezeit	
(3) Regelung bei Vertragsänderungen	
§ 6 Umfang der Leistungspflicht	4
(1) Umfang der Leistung	
(2) Anerkannte Ärzte und Zahnärzte	
(3) Notfallambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren	
(4) Gebührenordnung	
(5) Arznei- und Verbandsmittel	
(6) Anerkannte Behandlungsmethoden	
(7) Auskunftspflicht des Versicherers	
(8) Zuordnung der Leistungen zum Versicherungsjahr	
§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht	4
(1) Leistungsausschlüsse	
(2) Übermaß und Missverhältnis	
(3) Nachrangige Leistungspflicht	
§ 8 Auszahlung von Versicherungsleistungen	5
(1) Nachweise	
(2) Krankheitskosten in ausländischer Währung	
(3) Kosten für die Überweisung	
(4) Abtretung	
§ 9 Ende des Versicherungsschutzes	5
§ 10 Beitragszahlung	5
(1) Fälligkeit	
(2) Erste Beitragszahlung	
(3) Kontoverbindung	
§ 11 Beitragsberechnung	5
(1) Eintrittsalter	
(2) Wechsel der Altersklassen	
§ 12 Beitragsanpassung	6
(1) Voraussetzungen der Beitragsanpassung	
(2) Wirksamkeit	
§ 13 Obliegenheiten	6
(1) Auskunft zum Versicherungsfall	
(2) Untersuchung durch Arzt oder Zahnarzt	
(3) Mitwirkung im Versicherungsfall	
(4) Weitere Zusatzversicherungen	



§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
(1) Keine Leistungsverpflichtung	
(2) Kündigungsmöglichkeit	
(3) Zurechnung	
§ 15 Aufrechnung	6
§ 16 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	6
(1) Kündigungsfrist	
(2) Versicherungsjahr	
(3) Umfang der Kündigung	
(4) Kündigung wegen Beitragsänderungen	
(5) Kündigung wegen Änderung der Altersgruppe	
(6) Anfechtung, Rücktritt, Teilkündigung	
§ 17 Kündigung durch den Versicherer	7
§ 18 Sonstige Beendigungsgründe	7
(1) Tod des Versicherungsnehmers	
(2) Tod einer versicherten Person	
(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb der EU/EWR	
§ 19 Willenserklärungen und Anzeigen	7
§ 20 Gerichtsstand	7
(1) Bei Klagen gegen den Versicherungsnehmer	
(2) Bei Klagen gegen den Versicherer	
(3) Bei Aufenthalt im Ausland oder unbekanntem Aufenthalt	
§ 21 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	7
(1) Änderung im Gesundheitswesen	
(2) Höchststrichterliche Entscheidung	



Vertragsgrundlage 013

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Zahnzusatzversicherungen (AVB/ZV) Teil I

VG013 Seite 3 von 8

Der Versicherungsschutz

Die AVB/ZV gilt in Verbindung mit den Tarifbedingungen (AVB Teil II).

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit ergibt sich aus den AVB Teil II.

Das Versicherungsverhältnis endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach den AVB Teil II.

§ 2 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Gegenstand der Versicherung

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 sonstige vereinbarte Leistungen. Die sonstigen vereinbarten Leistungen ergeben sich aus den AVB Teil II.

(2) Umfang des Versicherungsschutzes

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. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch Zahnprophylaxe, Bleaching sowie gesonderte Maßnahmen, sofern der Tarif dies vorsieht.

§ 3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes und Erstattungshöhe im Ausland

(1) Geltungsbereich

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

(2) Vorübergehender Auslandsaufenthalt

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. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(3) Erstattungshöhe im Ausland

Während eines Auslandsaufenthaltes sind die tariflichen Aufwendungen für die im Ausland ortsüblichen Kosten erstattungsfähig, jedoch nicht mehr als der Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU/EWR verlegt.

§ 4 Versicherungsbeginn

(1) 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.

(2) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

(3) Beginn des Versicherungsschutzes bei Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

(4) Versicherungsfälle vor Beginn der Vertragsänderung

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn der Vertragsänderung und nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, leistet der Versicherer in dem vor der Vertragsänderung vereinbartem Umfang.



§ 5 Wartezeiten

(1) Dauer der Wartezeit

Die Wartezeit beträgt acht Monate. Sie entfällt bei Unfällen. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

(2) Beginn der Wartezeit

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(3) Regelung bei Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Die Wartezeit rechnet sich ab Beginn des Einschlusses der Erweiterung in den Versicherungsvertrag.

§ 6 Umfang der Leistungspflicht

(1) Umfang der Leistung

Art und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den allgemeinen Versicherungsbedingungen, mit Tarifbedingungen (AVB Teil II), dem Versicherungsschein sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(2) Anerkannte Ärzte und Zahnärzte

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

(3) Notfallambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren

Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch Ärzte in Notfallambulanzen der Krankenhäuser oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Sinne des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) in Anspruch nehmen.

(4) Gebührenordnung

Aufwendungen für zahnmedizinische Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind. Diese werden bis zu den in den Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts Anderes vorsieht.

(5) Arznei- und Verbandsmittel

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

(6) Anerkannte Behandlungsmethoden

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.

(7) Auskunftspflicht des Versicherers

1. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten, 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.

2. 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.

(8) Zuordnung der Leistungen zum Versicherungsjahr

Für die Zuordnung von Leistungen zum Versicherungsjahr ist das jeweilige Behandlungsdatum maßgeblich.

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Leistungsausschlüsse

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, Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat.
2. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland bzw. im Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, verursacht werden.



3. für solche Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern
 - vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts für den Aufenthaltsort der versicherten Person bestand oder
 - nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts für den Aufenthaltsort der versicherten Person ausgesprochen wird und die versicherte Person den Aufenthaltsort nicht unverzüglich verlässt, obwohl für sie die Möglichkeit hierzu besteht.
4. für Krankheiten und Unfälle, einschließlich ihrer Folgen, die als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt sind und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 7 Abs. 3 AVB Teil 1 geleistet.
5. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Übermaß und Missverhältnis

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Nachrangige Leistungspflicht

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

§ 8 Auszahlung von Versicherungsleistungen

(1) Nachweise

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

(2) Krankheitskosten in ausländischer Währung

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

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

(4) Abtretung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt. Sofern Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abgetreten werden, ist dies unverzüglich anzuzeigen.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 10 Beitragszahlung

(1) Fälligkeit

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Erste Beitragszahlung

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) Kontoverbindung

Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Kontoverbindung anzuweisen.

§ 11 Beitragsberechnung

(1) Eintrittsalter

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) Wechsel der Altersklassen

Für Personen, die das 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60. Lebensjahr vollenden, ist ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

§ 12 Beitragsanpassung**(1) Voraussetzungen der Beitragsanpassung**

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wirksamkeit

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 13 Obliegenheiten**(1) Auskunft zum Versicherungsfall**

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) Untersuchung durch Arzt oder Zahnarzt

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt/Zahnarzt untersuchen zu lassen.

(3) Mitwirkung im Versicherungsfall

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Weitere Zusatzversicherungen

Für eine versicherte Person darf eine weitere Zusatzversicherung mit Leistungsanspruch für Zahnbehandlung und/oder Zahnersatz nur nach vorheriger Zustimmung des Versicherers bestehen. Dies gilt nicht für zahnprophylaktische Leistungen und für Auslandsreisekrankenversicherungen.

§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**(1) Keine Leistungsverpflichtung**

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Kündigungsmöglichkeit

Wird eine der in § 13 Abs. 1 und 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Das Kündigungsrecht nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG gilt auch dann, wenn der Versicherer erst nach Abschluss der Versicherung Kenntnis vom Bestehen eines anderweitigen Versicherungsschutzes gem. § 13 Abs. 4 bereits vor Vertragsschluss erhält.

(3) Zurechnung

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person werden dem Versicherungsnehmer zugerechnet und stehen insoweit seiner Kenntnis und seinem Verschulden gleich.

§ 15 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung**§ 16 Kündigung durch den Versicherungsnehmer****(1) Kündigungsfrist**

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Versicherungsjahr

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) Umfang der Kündigung

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigung wegen Beitragsänderungen

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 12 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Kündigung wegen Änderung der Altersgruppe

Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt (Altersgruppensprung), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(6) Anfechtung, Rücktritt, Teilkündigung

Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 17 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 18 Sonstige Beendigungsgründe**(1) Tod des Versicherungsnehmers**

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Tod einer versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb der EU/EWR

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der EU/EWR, endet das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen**§ 19 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 20 Gerichtsstand**(1) Bei Klagen gegen den Versicherungsnehmer**

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Bei Klagen gegen den Versicherer

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Bei Aufenthalt im Ausland oder unbekanntem Aufenthalt

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 21 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**(1) Änderung im Gesundheitswesen**

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen 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) Höchstrichterliche Entscheidung

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 auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen 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.

Gültig ab 04/2026

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

