

1. Allgemeine Grundsätze

- 1.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?
- 1.2 Gibt es ein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis?
- 1.3 Sind die Leistungen in den ersten Jahren begrenzt?
- 1.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?
- 1.5 Können Deutsche versichert werden, die im grenznahen Ausland wohnen, sich aber in Deutschland behandeln lassen wollen (sog. „Grenzgänger“)?
- 1.6 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?
- 1.7 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?
- 1.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?
- 1.9 Können bei Kindern und Erwachsenen auch die Zahnlücken mitversichert werden, die noch entstehen werden, weil bleibende Zähne nicht angelegt sind?
- 1.10 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft oder angeraten ist?
- 1.11 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?
- 1.12 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?
- 1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?
- 1.14 Gibt es Besonderheiten?

2. Zahnbehandlung

- 2.1 Allgemein
- 2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?
- 2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?
- 2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?
- 2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?
- 2.7 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?
- 2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

3. Zahnersatz

- 3.1 Allgemein

4. Kieferorthopädie

- 4.1 Allgemein

5. Verfahrensweise im Leistungsfall und Ihre Ansprechpartner

- 5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)
- 5.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen
- 5.3 Änderung der Kundendaten
- 5.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

ERGO ZBB+ZBE

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *ERGO ZBB+ZBE* kann beantragt werden, wenn eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.

I.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) für Zahnersatz bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

I.2 Gibt es ein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis?

Nein, es gibt kein vom Versicherer selbst erstelltes, bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis. Die *ERGO Krankenversicherung AG* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) der privaten Krankenkassen bzw. nach ortsüblichen Preisen.

Damit werden von der *ERGO* höhere Leistungen anerkannt als von den Zahnzusatzversicherungen, die Material- und Laborkosten ausschließlich auf Basis des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL II) der gesetzlichen Krankenkassen erstatten.

I.3 Sind die Leistungen in den ersten Jahren begrenzt?

Ja, in den ersten vier Versicherungsjahren (VJ) gilt eine Begrenzung für **Zahnbehandlung** (ZBB+ZBE) von insgesamt:

- 500 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des ersten VJ
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des zweiten VJ
- 1.500 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des dritten VJ
- 2.000 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des vierten VJ

Die Begrenzungen entfallen bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

Ab dem fünften Versicherungsjahr stehen die Leistungen ohne Begrenzung zur Verfügung.

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Nein, für den Tarif *ERGO ZBB+ZBE* gibt es keine Mindestversicherungsdauer. Der Vertrag kann zum Ende eines jeden Kalendermonats gekündigt werden.

I.5 Können Deutsche versichert werden, die im grenznahen Ausland wohnen, sich aber in Deutschland behandeln lassen wollen (sog. „Grenzgänger“)?

Nein, Personen, die nicht in Deutschland wohnen, können sich nicht im Tarif *ERGO ZBB+ZBE* versichern.

ERGO ZBB+ZBE

I.6 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?

Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt elf Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 16., 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81. und 91. Lebensjahr vollenden, bezahlen dann den in der Beitragstabelle genannten und der jeweiligen Altersgruppe zugeordneten Neubeitrag.

Beitragsanpassungen aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sind ergänzend möglich.

I.7 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?

Die Leistungen müssen durch einen niedergelassenen, approbierten Zahnarzt erbracht und nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden. Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, verlieren Sie Ihre Leistungsansprüche für Zahnbehandlungs- und Prophylaxeleistungen, da Sie die eventuell vorhandenen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gar nicht erst in Anspruch genommen haben.

I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Nein, zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits fehlende, nicht ersetzte Zähne können nicht in den Vertrag, bzw. Versicherungsschutz eingeschlossen werden. Wenn Ihnen Zähne fehlen, sodass Zahnlücken oder freie Positionen vorhanden sind, in die Zahnersatz eingebracht werden kann, dann kann die Versorgung dieser Zahnlücken bzw. der bestehenden freien Positionen nicht mitversichert werden.

Wenn natürliche Zähne fehlen, diese aber bereits durch Zahnersatz (z. B. Brücken oder Prothesen) ersetzt wurden, dann gelten diese ersetzten Zähne im Sinne der Annahmerichtlinien nicht als fehlend. Die Erneuerung des heute bereits vorhandenen Zahnersatzes ist mitversichert, wenn der bestehende Zahnersatz zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch intakt und nicht behandlungsbedürftig ist.

I.9 Können bei Kindern und Erwachsenen auch die Zahnlücken mitversichert werden, die noch entstehen werden, weil bleibende Zähne nicht angelegt sind?

Nein, wenn bei Antragstellung beispielsweise über ein Röntgenbild bekannt ist, dass bei einem Kind oder einem Erwachsenen ein bleibender Zahn fehlt, dann kann dieser nicht mitversichert werden.

I.10 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft oder angeraten ist?

Um einen individuellen Leistungsausschluss vereinbaren zu können, müsste zuvor eine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden. Die Anträge zum Tarif ERGO ZBB+ZBE sehen jedoch keine Gesundheitsfragen vor, daher kann auch kein separater Leistungsausschluss vereinbart werden. Die ERGO Krankenversicherung AG hat daher bereits in den Versicherungsbedingungen die pauschale Regelung zum Leistungsausschluss aufgenommen.

Wenn bei Antragstellung bereits eine Zahnbehandlungsmaßnahme (nicht die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen) oder eine Zahnersatzmaßnahme medizinisch notwendig, angeraten oder geplant ist, dann ist diese bereits vor Antragstellung medizinisch notwendig gewordene Behandlungsmaßnahme generell nicht mitversichert.

ERGO ZBB+ZBE

I.11 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten heute unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss für Füllungen (30 EUR für eine einflächige Amalgamfüllung). Wenn Sie sich für ein Inlay entscheiden, so ist der entsprechende und heute noch ausgezahlte Zuschuss in jedem Fall in Anspruch zu nehmen, damit ERGO bis auf 100 % des Rechnungsbetrages auffüllt.

I.12 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?

Ja, Leistungen im Tarif ERGO ZBB+ZBE stehen auch nach einer Gesundheitsreform noch in derselben Höhe zur Verfügung. Die Erstattung erfolgt dann unabhängig von den gesetzlichen Krankenkassen. Der Tarif ist daher reform- und zukunftstauglich.

I.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, für den Tarif ERGO ZBB+ZBE ist der ERGO immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreichere Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Dies stellt für Sie aber keinen Mehraufwand dar. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt bei diesen Maßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bei der ERGO ein. Für eine Kunststofffüllung oder professionelle Zahnreinigung müssen Sie keinen Heil- und Kostenplan einreichen.

I.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, es gibt

- keine Wartezeiten für Zahnbehandlung
- keine Gesundheitsfragen im Antrag

Letzteres bedeutet, dass der Versicherer sich beim ersten Leistungsfall schriftlich bei Ihrem Zahnarzt melden wird. Mit der Arztanfrage wird dann nachträglich geklärt, ob der Behandlungsbedarf bereits vor Vertragsabschluss bestanden hat.

2. ZAHNBEHANDLUNG

2.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) für Zahnersatz bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, nach Versicherungsbeginn besteht keine Wartezeit. Leistungen für Kunststofffüllungen, Zahnreinigung und Zahnprophylaxe sowie für Zahnbehandlung, dazu zählen Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen, können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

ERGO ZBB+ZBE

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Kunststofffüllungen
- Wurzelbehandlung
- Parodontosebehandlung
- Inlays
- Fissurenversiegelung
- Fluoridbehandlung
- Knirscherschienen

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Für Wurzelkanalbehandlungen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *ERGO ZBB+ZBE* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif *ERGO ZBB+ZBE* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach den Gebührenordnungsziffern 2410 und 2420 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen im Bereich **Wurzelkanalbehandlung** die Kosten für die Zähne im Frontzahnbereich, sofern der Wurzelkanal, nach Einschätzung Ihres Zahnarztes, vollständig aufbereitet werden kann.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Zähne im Seitenzahnbereich nur dann, wenn folgendes möglich ist:

- eine geschlossene Zahnreihe zu erhalten
- eine einseitige Freiendsituation zu vermeiden
- bestehenden funktionstüchtigen Zahnersatz zu erhalten

Wenn keiner dieser Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse nur für die Entfernung des behandlungsbedürftigen Zahns, nicht aber für die Wurzelkanalbehandlung. Die Kosten einer privat bezahlten Wurzelkanalbehandlung können, abhängig von der Anzahl, der Aufbereitungen und der Wurzelkanäle zwischen 800 und 1200 EUR liegen.

Wenn einer der Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse. Aber auch in diesen Fällen werden die Mehrkosten für die Arbeiten mit Lupenbrille oder Operationsmikroskop und die Kosten für die maschinelle Aufbereitung des Wurzelkanals mit hochflexiblen Wurzelkanalinstrumenten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?

Für Parodontosebehandlungen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *ERGO ZBB+ZBE* die Restkosten.

ERGO ZBB+ZBE

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *ERGO ZBB+ZBE* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach den Gebührenordnungsziffern 4080, 4090 und 4100 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen die Kosten für **Parodontitisbehandlungen** ab einer Taschentiefe von 3,5 mm und mehr. Dies bedeutet, dass sich das Zahnfleisch bereits auf einer Strecke von 3,5 mm vom Zahn/Zahnfleisch gelöst hat. In den so entstandenen Zahnfleischtaschen sammeln sich Bakterien, die zu einem Fortschreiten der Parodontitis führen. Daher kommt die Leistung der gesetzlichen Krankenkassen nach Ansicht vieler Zahnärzte zu spät. Zahnärzte raten schon frühzeitig zur Einleitung von Gegenmaßnahmen und sehen eine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung bereits ab Taschentiefen von 1,5 mm gegeben.

2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?

Für Kunststofffüllungen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet. Die Anzahl der erstattungsfähigen Kunststofffüllungen ist nicht begrenzt. Die Füllungen sind nach den Gebührenordnungsziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Für Kinder erstattet die *ERGO* Kunststofffüllungen an Milchzähnen. Auch hier müssen die Füllungen nach den Gebührenordnungsziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** leisten sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen nur im Frontzahnbereich für **Kunststofffüllungen**. Im Seitenzahnbereich haben Sie nur Anspruch auf eine Amalgamfüllung. Wenn Sie auf eigene Kosten eine Kunststofffüllung wählen (Kosten ca. 80 bis 150 EUR), erstattet Ihre gesetzliche Krankenkasse nur den Betrag, der für eine vergleichbare Amalgamfüllung angefallen wäre, d. h. ca. 30 bis 50 EUR. Nur wenn eine medizinisch nachgewiesene Amalgamallergie besteht, leistet eine gesetzliche Krankenkasse auch für Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich.

2.7 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?

Ja, zwei Sitzungen pro Jahr werden generell akzeptiert; bei medizinischer Notwendigkeit auch mehr. Die pro Jahr zur Verfügung stehenden Leistungen sind nicht durch eine feste Summe begrenzt. Folgende Leistungen können Sie u.a. in Anspruch nehmen:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Fissurenversiegelung
- Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes sowie die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung

Die Leistungen müssen durch einen niedergelassenen, approbierten Zahnarzt erbracht und nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden.

Die jeweilige Sitzung wird nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt. Sie können also auch umfangreichere vorbeugende Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Die Zahnzusatzversicherung *ERGO ZBB+ZBE* besteht aus den zwei Bausteinen *ZBB* und *ZBE*. Für Zahnprophylaxe werden 60 EUR aus dem Tarif *ZBB* erstattet. Weitere erstattungsfähige Prophylaxeleistungen, die den Betrag von 60 EUR übersteigen, werden bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Tarif *ZBE* bezahlt.

ERGO ZBB+ZBE

Auch für **Kinder** ist eine professionelle Zahnreinigung nach GOZ-Ziffer 1040 erstattungsfähig. Darüber hinaus werden aus den Tarifbausteinen ZBB und ZBE auch Fissurenversiegelungen der bleibenden 4er und 5er Zähne von der ERGO übernommen.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** bezahlen bestimmte **Prophylaxe-Leistungen** bei Kindern vom 6. bis zum 18. Lebensjahr, dazu zählen:

- Mundhygienestatus
- Aufklärung über richtige Putztechnik und zahngesunde Ernährung
- Zahnsteinentfernung
- Fluoridierung
- Fissurenversiegelung der bleibenden Backenzähne (6er und 7er im Ober- und Unterkiefer)

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen auch für Kinder nicht erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** bezahlen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal jährlich die Kosten für:

- Zahnsteinentfernung

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

Die Aufwendungen für Inlays werden unter Anrechnung einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zu 100 % erstattet. Im Tarif ERGO ZBB+ZBE+ZBE gibt es keine Obergrenze für die Anzahl der Inlays pro Kiefer und auch keine Vorschriften über die zu verwendenden Materialien wie z. B. Kunststoff, Keramik oder Gold. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Ihr Bonusheft hat bei der Versorgung mit Kunststofffüllungen, Inlays und Prophylaxe-Leistungen im Tarif ERGO ZBB+ZBE keinen Einfluss auf die Höhe der Gesamterstattung.

Bei **Inlays** handelt es sich um besonders hochwertige, im Regelfall im Zahnlabor angefertigte Füllungen aus Gold oder Keramik. Inlays zählen nach der Definition der **gesetzlichen Krankenkassen** nicht zum Zahnersatz, daher sieht ihr Leistungskatalog auch keinen Festkostenzuschuss für Inlays vor. Sie bekommen lediglich den Betrag erstattet, den Ihre gesetzliche Krankenkasse auch für eine Amalgamfüllung erbracht hätte. Dies sind zwischen 30 und 50 EUR. Die Kosten eines Inlays können zwischen 350 und 600 EUR betragen.

3. ZAHNERSATZ

3.1 Allgemein

Der Tarif ERGO ZBB+ZBE leistet nicht für Zahnersatzmaßnahmen wie z. B. Kronen, Brücken, Verblendungen oder Implantate. Inlays werden bei der ERGO dem Bereich „Zahnerhalt“ zugeordnet und aus dem Tarifbaustein ZBB erstattet (s. 2.7).

ERGO ZBB+ZBE

Jede Form von Zahnersatz wie Teilkrone, Krone, Brücke oder Implantat ist im Tarif *ERGO ZBB+ZBE* nicht mitversichert.

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif *ERGO ZBB+ZBE* leistet nicht für kieferorthopädische Maßnahmen oder Zahnspangen.

Die vorstehenden Ausführungen zu Punkt 1. - 4. sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es gilt im Zweifel der Wortlaut der Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen.

5. VERFAHRENSWEISE IM LEISTUNGSFALL UND IHRE ANSPRECHPARTNER

5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Für den Tarif *ERGO ZBB+ZBE* ist der *ERGO* immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreichere Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Wir empfehlen Ihnen vor **jeder** kostenintensiveren Behandlungsmaßnahme die Kontaktaufnahme mit der *ERGO*, um die Kostenübernahme abzustimmen. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn bei der *ERGO* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die *ERGO* faxen: **0911 148 153-9**
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan zu uns faxen: **0551 900 378-90**
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan scannen und unserer Mitarbeiterin Frau Julia Thies mailen: **jt@acio.de**

5.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen

Nach Abschluss der Behandlung, gegebenenfalls auch nach Abschluss von Teilschritten derselben, erhalten Sie von Ihrem Zahnarzt eine Rechnung in zweifacher Ausfertigung, Original und Duplikat. Bitte reichen Sie immer die **Original**-Rechnung ein.

Ihre Rechnung sieht in der Regel ein Zahlungsziel von drei bis vier Wochen vor. Der Zusatzversicherer erstattet nie direkt an den Behandler oder das Labor, sondern immer nur an Sie, den Versicherungsnehmer. Zur Begleichung der Rechnung bestehen zwei Alternativen:

ERGO ZBB+ZBE

- Sie gehen in Vorleistung und begleichen die Rechnung innerhalb der Zahlungsfrist. Danach reichen Sie die Rechnung bei Ihrem Zusatzversicherer ein, er überprüft diese und überweist den Erstattungsbeitrag dann auf Ihr Konto.
- Sie reichen die Original-Rechnung umgehend nach Erhalt beim Zusatzversicherer ein, warten den Eingang der Erstattungsleistung auf Ihrem Konto ab und bezahlen Ihre Behandlung im Anschluss. Es ist wichtig, dass Sie Ihre Rechnung umgehend nach Erhalt beim Versicherer einreichen, damit dieses Verfahren innerhalb der Zahlungsfrist abgewickelt werden kann.

Maßgeblich für die rechtzeitige Begleichung der Rechnung ist immer das darauf genannte Zahlungsdatum, nicht der Eingang der vom Versicherer ausgezahlten Erstattungsleistung.

5.3 Änderung der Kundendaten

Gesetzliche Krankenkasse:

Wenn Sie Ihre gesetzliche Krankenkasse wechseln, müssen Sie dies nicht anzeigen. Spätestens, wenn Sie den Heil- und Kostenplan einreichen, erfährt Ihr Zusatzversicherer, bei welcher neuen gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.

Adressenänderung:

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, dann können Sie Ihre neue Anschrift dem Service Hofstetter z. B. per E-Mail mitteilen: **sh@acio.de**

Bankverbindung:

Wenn sich Ihre Bankverbindung ändert, so bieten sich Ihnen folgende Möglichkeiten:

- E-Mail an: **vertriebsservice@ergo.de**
- **unterschiedene** Mitteilung per Fax an: **0551 900 378-90** oder per Post an: ACIO, Ritterplan 5, 37073 Göttingen

5.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

Unsere Spezialisten für Zahnzusatzversicherungen, Zahnerhalt und Prophylaxe erreichen Sie Montag bis Freitag in der Zeit von 08.00 bis 19.30 Uhr unter der für Sie **kostenlosen Rufnummer 0800 980 980-1**.

Die kompetente Beratung unseres Experten-Teams können Sie auch bei allen Fragen zu Ihren Rechnungsvorgängen kostenfrei in Anspruch nehmen. Sie erreichen unsere Spezialisten ebenfalls montags bis freitags von 8.00 bis 19.30 Uhr unter der Rufnummer **0551 900 378 800**.

Als Kunde genießen Sie nun den Vorteil einer von der Sichtweise des Versicherers losgelösten, unabhängigen und marktübergreifenden Beratung.