

Vertragsgrundlage 074

Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Stand: 09.2017

Teil II: Zusatzversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

A. Leistungen des Versicherers 1. Medizinisch notwendiger Zahnersatz, Kronen und Inlays 2. Medizinisch notwendige Kieferorthopädie (KfO) 3. Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung	Erstattung der Aufwendungen jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Heilfürsorge. 85 % der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen) b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays 90 % der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bei privatärztlicher Versorgung, wenn der Nachweis (z. B. durch ein Bonusheft) erbracht wird, dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte. 100 % der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung). 90 % der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung, a) wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 1000,- Euro für die gesamte Vertragslaufzeit. b) wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist. 100 % der Aufwendungen bei privatärztlicher Versorgung für a) professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 120,- Euro pro Kalenderjahr b) Zahnbehandlung. Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.								
B. Begrenzungen der Leistung 1. Zahnstaffel 2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung 3. Vorleistung der GKV	Die Leistungen des Versicherers gemäß Abschnitt A. sind in den ersten vier in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren wie folgt begrenzt: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1. Jahr:</td><td>1.000,- Euro</td></tr> <tr> <td>1.-2. Jahr:</td><td>2.000,- Euro</td></tr> <tr> <td>1.-3. Jahr:</td><td>3.000,- Euro</td></tr> <tr> <td>1.-4. Jahr:</td><td>4.500,- Euro</td></tr> </table> Auf die Zahnstaffel angerechnet werden bei einem Tarifwechsel bereits in Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur (Tarife mit vergleichbaren, oder höheren und umfassenderen Leistungen) zurückgelegte Versicherungsjahre. Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich. Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Werden Leistungen nach A1, A2 und A3 b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird. Als Vorleistung der GKV gelten auch • Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat. • die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden.	1. Jahr:	1.000,- Euro	1.-2. Jahr:	2.000,- Euro	1.-3. Jahr:	3.000,- Euro	1.-4. Jahr:	4.500,- Euro
1. Jahr:	1.000,- Euro								
1.-2. Jahr:	2.000,- Euro								
1.-3. Jahr:	3.000,- Euro								
1.-4. Jahr:	4.500,- Euro								
C. Bonifikationen	Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, welche die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.								
D. Versicherungsfähigkeit	Der Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen GKV oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden. Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifes Zahnvorsorge DENT Premium-U endet auch die Versicherung im Tarif Zahnvorsorge DENT Premium-U.								

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I für die Zahnvorsorge

Gültig ab 09.2017



Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif DENT Premium-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nicht sichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Dentinadhäsive Konstruktionen (Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen),
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe?

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Welche Aufwendungen zählen zur Kieferorthopädie?

- Behandlungskosten des Kieferorthopäden bzw. Zahnarztes,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen KfO-Maßnahmen anfallen.

Welche sonstigen Aufwendungen zählen dazu?

- Akupunktur zur Schmerzbehandlung
- bei der Anästhesie u.a. die Durchführung von Vollnarkosen bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen

Wichtige Information für Kunden, welche innerhalb der AXA Krankenversicherung ihren Tarif wechseln!

Aus welchen Tarifen erfolgt eine Anrechnung der Zahnstaffel?

- 1) Aus Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur. Das sind ausschließlich die Tarife Dent Komfort, Dent Komfort-U und Dent Premium. Bei einem Wechsel aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen erfolgt keine Anrechnung.
- 2) Eine Anrechnung der Zahnstaffel erfolgt auch aus allen Tarifen mit Leistungen für Zahnersatz, die in Kombination mit einer Krankheitskostenvollversicherung nach § 193 VVG bestehen.



Informationen zu altersabhängigen Beiträgen und eventuellen Leistungsbegrenzungen

Altersabhängige Beiträge im Tarif DENT Premium-U

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 **bis 30.06.2025** (Stand 04/2025):

0 – 20 Jahre	18,72 Euro
21 – 40 Jahre	28,35 Euro
41 – 45 Jahre	35,99 Euro
46 – 50 Jahre	39,91 Euro
51 – 55 Jahre	47,12 Euro
56 – 60 Jahre	54,18 Euro
61 – 80 Jahre	61,08 Euro
ab 81 Jahre	61,08 Euro

Altersklassen und monatliche Beiträge **ab 01.07.2025** (Stand 04/2025):

0 – 20 Jahre	16,47 Euro
21 – 40 Jahre	28,35 Euro
41 – 45 Jahre	35,99 Euro
46 – 50 Jahre	39,91 Euro
51 – 55 Jahre	47,12 Euro
56 – 60 Jahre	54,18 Euro
61 – 80 Jahre	61,08 Euro
ab 81 Jahre	61,08 Euro

Diese Beiträge sind nach dem heutigen Stand kalkuliert. Zukünftige Anpassungen dieser Werte sind gemäß § 9 Abs. 3 Ihrer allgemeinen Versicherungsbedingungen möglich. Dabei können die Beiträge sinken oder steigen.

Leistungsbegrenzung für Kunden mit fehlenden Zähnen bei Antragstellung im Tarif DENT Premium-U

Leistungsbegrenzung DENT Premium-U

Für Versicherte, bei denen bei Antragstellung bereits Zähne fehlen, wird abweichend von den Tarifbedingungen, die Leistung auf folgende Beträge begrenzt:

500 Euro	im ersten Jahr,
1000 Euro	in den ersten 2 Jahren,
1500 Euro	in den ersten 3 Jahren,
2000 Euro	in den ersten 4 Jahren,
2500 Euro	in den ersten 5 Jahren,
3000 Euro	in den ersten 6 Jahren,
3750 Euro	in den ersten 7 Jahren,
4500 Euro	in den ersten 8 Jahren.

