

Vertragsgrundlage 039
Tarif Komfort Zahn-U (Komf Zahn-U)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung

A. Versicherungsfähigkeit	Der Tarif Komf Zahn-U kann nur als Ergänzung zu einer der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung ohne Zahnschutz beim Versicherer abgeschlossen werden. Mit Ende der Krankheitskostenvollversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif Komf Zahn-U.											
B. Leistungen des Versicherers (1) Zahnbehandlung	100% für Zahnbehandlungen einschließlich Arzneimittel. 100% für Zahnprophylaxemaßnahmen inklusive professioneller Zahnreinigung.											
(2) Zahnersatz	<p>75% für Zahnersatzmaßnahmen. 85% für Zahnersatzmaßnahmen, wenn in den drei Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und der Tarif Komf Zahn-U während dieser Zeit bestanden hat.</p> <p>Als Zahnersatz im Sinne des Versicherungsschutzes gelten :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen • Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt • Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen • implantologische Leistungen • funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen • Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. 											
(3) Kieferorthopädie	85% für kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde; ansonsten 75%.											
(4) Transportkosten	100% der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit.											
(5) Serviceleistungen	Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.											
(6) Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld	Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht und nur, wenn für die Person keine besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung bestehen. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes Komf Zahn-U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.											
C. Selbstbehalt	- entfällt -											
D. Leistungsbegrenzungen	<p>Die oben genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag. In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen gemäß Abschnitte B 1 bis B 3 wie folgt begrenzt (Zahnstaffel):</p> <table border="1" data-bbox="603 1563 1511 1720"> <thead> <tr> <th data-bbox="603 1563 1054 1606">Versicherungsjahre</th> <th data-bbox="1054 1563 1511 1606">Maximale Leistung insgesamt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="603 1606 1054 1637">1. Jahr</td> <td data-bbox="1054 1606 1511 1637">1.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td data-bbox="603 1637 1054 1668">1. - 2. Jahr</td> <td data-bbox="1054 1637 1511 1668">2.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td data-bbox="603 1668 1054 1700">1. - 3. Jahr</td> <td data-bbox="1054 1668 1511 1700">3.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td data-bbox="603 1700 1054 1720">1. - 4. Jahr</td> <td data-bbox="1054 1700 1511 1720">4.000,- Euro</td> </tr> </tbody> </table> <p>Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.</p> <p>Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstaffel.</p> <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste I genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.</p> <p>Vor Beginn einer Maßnahme für Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000,- Euro ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die tarifliche Leistung um die Hälfte. Die Erstellung des Heil- und Kostenplans wird zu demselben Prozentsatz vergütet wie die Maßnahme, für die er überwiegend erstellt wurde.</p>		Versicherungsjahre	Maximale Leistung insgesamt	1. Jahr	1.000,- Euro	1. - 2. Jahr	2.000,- Euro	1. - 3. Jahr	3.000,- Euro	1. - 4. Jahr	4.000,- Euro
Versicherungsjahre	Maximale Leistung insgesamt											
1. Jahr	1.000,- Euro											
1. - 2. Jahr	2.000,- Euro											
1. - 3. Jahr	3.000,- Euro											
1. - 4. Jahr	4.000,- Euro											

<p>E. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsposition</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif für zahnärztliche Behandlung des Versicherten mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Zahntarif Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p>
<p>(2) Ereignisse der Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag. d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbständigkeit in ein Beamtenverhältnis. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>
<p>(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>F. Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.</p> <p>Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012)

Gültig ab 12/2015

**Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Komf Zahn-U
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Was sind Zahnprophylaxemaßnahmen?

Als Prophylaxe- oder Vorbeugemaßnahmen werden alle Tätigkeiten bezeichnet, die Erkrankungen im Mundraum entweder vermeiden oder nicht fortschreiten lassen. Zu diesen gehören z. B.

- Grunduntersuchung und Instruktion zur richtigen Zahnpflege
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
- Fissurenversiegelung bei Kindern und Jugendlichen
- Speicheltests zur Bestimmung des Säuregehalts oder Bakteriengehalts im Speichel
- Zahnsteinentfernung mit Kontrolle, Nachreinigen und Polieren
- Fluoridierung zur Härtung des Zahnschmelzes
- Mundschleimhautbehandlung zur Vermeidung von Zahnbettentzündungen

Welche dieser Vorbeugemaßnahmen angezeigt ist, entscheiden Sie am besten zusammen mit Ihrem Zahnarzt. Zumindest einmal jährlich sollte jedoch eine Grunduntersuchung bzw. Kontrolle durch den Zahnarzt erfolgen.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. rein kosmetische Leistungen
- z. B. Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit
- z. B. Sachkosten, die nicht in der Sachkostenliste enthalten sind, oder Preise, soweit sie über den in der Sachkostenliste genannten liegen.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Bitte händigen Sie Ihrem Zahnarzt rechtzeitig vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays die beigefügte Sachkostenliste aus.
- Bei Zahnersatz werden nicht nur die Material- und Laborkosten zu 75% bzw. 85% erstattet, sondern ebenfalls das Honorar des Zahnarztes.
Der Erstattungssatz von 75% bzw. 85% gilt also auch für all die Behandlungsleistungen des Zahnarztes, welche er für die Vorbereitung und Umsetzung Ihres Zahnersatz durchführen muss.
Die Leistungen des Zahnarztes, welche als Zahnbehandlung gelten, erstatten wir zu 100%. Hierzu zählen z. B. Füllungen, Zahnstein- und Zahnentfernungen, Wurzelkanalbehandlungen, Parodontosemaßnahmen inklusive der dazugehörigen Material- und Laborkosten.
- Bei Zahnersatz (z. B. Überkronungen, Brücken, Prothesen oder Implantate), Kieferorthopädie sowie Inlays empfehlen wir, uns rechtzeitig vor dem Behandlungsbeginn neben einem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes auch den Kostenvoranschlag des zahn-technischen Labors über die Material- und Laborkosten zuzusenden. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus dem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggfs. Ihr Eigenanteil ist. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw. des Kostenvoranschlages übernehmen wir im Rahmen des Tarifes.
- Bitte reichen Sie immer die Originalrechnung des Zahnarztes und ggf. des Labors ein.
- Die Kostenerstattung erfolgt auch für noch nicht bezahlte Rechnungen.

Erläuterung zur Zahnstaffel

Die Zahnstaffel besagt, dass in den ersten vier Versicherungsjahren eine Leistung von insgesamt 4.000,- Euro gezahlt werden kann, in jedem dieser Jahre also grundsätzlich 1.000,- Euro. Für das erste Versicherungsjahr gilt dies übrigens auch dann, wenn Ihr Versicherungsschutz erst nach dem 1. Januar begonnen hat.

Sollte der jährliche Höchstbetrag in einem Jahr einmal nicht ausgeschöpft werden, so erhöht sich der Betrag, der im Folgejahr gezahlt werden kann, entsprechend.

Was müssen Sie beachten, wenn Sie (länger) ins Ausland reisen?

Auslandsaufenthalte im europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Staaten des EWR. Derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an.

Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts im EWR haben Sie tariflichen Versicherungsschutz.

Bei einem Auslandsaufenthalt im EWR von mehr als 6 Monaten sind die Leistungen im Ausland auf die in Deutschland üblichen Kosten begrenzt. Sie können jedoch einen erweiterten Versicherungsschutz ohne diese Leistungsbegrenzung mit uns vereinbaren, wenn Sie sich vor Ablauf des 6. Monats bei uns melden.

Vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb des EWR

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Staaten außerhalb des EWR besteht in den ersten 12 Monaten Ihrer Vertragslaufzeit ein Versicherungsschutz für Reisen bis zu 6 Wochen.

Nach 12 Monaten haben Sie für vorübergehende Aufenthalte mit einer Gesamtdauer von bis zu sechs Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

Bei Aufenthalten von mehr als sechs Monaten in Staaten außerhalb des EWR haben Sie nur dann Versicherungsschutz wenn Sie vor Ablauf des 6. Monats einen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes bei uns stellen und eine entsprechende Vereinbarung treffen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen.

Wichtig: In allen Fällen ist Voraussetzung, dass Sie über eine Korrespondenzanschrift in Deutschland und eine deutsche Bankverbindung verfügen. Andernfalls haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Gezielter Auslandsaufenthalt zur Behandlung im Ausland außerhalb des EWR

Falls Sie sich in Staaten außerhalb des EWR begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, sind die Mehrkosten im Vergleich zu den Kosten, wie sie in Deutschland entstanden wären, von Ihnen selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.