

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif

FlexMed Zahnersatz %

als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Diese Tarifbedingungen (AVB Teil II) gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Tarifrreihe FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I), gültig ab 07.2016. Sie ergänzen und ändern die AVB Teil I im nachfolgenden Umfang.

A. Leistung des Versicherers

A. Leistungen für medizinisch notwendiger Zahnersatz

Für Zahnersatz einschl. Implantate, Einzelkronen und Inlays leistet die AXA Krankenversicherung

30 %

des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Die Leistungen bzw. Ablehnungen der GKV sind dem Versicherer mit Einreichung der Rechnung nachzuweisen.

Die Leistung des Versicherers ist begrenzt:

a) Zahnstaffel*:

1. Jahr	500,-	EUR
1.-2. Jahr	1.000,-	EUR

Ab dem 3. Versicherungsjahr ist die Höchstleistung jeweils auf 2.500,- Euro jährlich beschränkt. Bei Unfall entfällt die Begrenzung durch die Zahnstaffel in den ersten beiden Jahren, erstattungsfähig sind maximal 2.500,- Euro.

b) Die Gesamtleistung - GKV plus AXA Krankenversicherung – ist beschränkt auf 100% des Rechnungsbetrages.

B. Beiträge

Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.

C. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind die Mitarbeiter/Innen der Versicherungsnehmerin, die unter den in § 1 des Gruppen(-rahmen)vertrages bezeichneten Personenkreises fallen und

1. Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen(-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.
2. Familienangehörige (Ehegatten/Kinder sowie diesen gesetzlich gleichgestellten Personen) dieser Mitarbeiter/Innen, die Mitglieder oder Familienversicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, sofern der Rahmenvertrag dies vorsieht.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht.

Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Gültig ab 05.2020

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif FlexMed Zahnersatz % oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

*Vertragliche Sonderregelung im Gruppenvertrag:

Die Zahnstaffel entfällt für die Dauer der Zugehörigkeit zum Gruppenvertrag.

Die maximale jährliche Höchstleistung von 2.500,- Euro gilt ab dem ersten Jahr.

Welche Aufwendungen zählen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stützprothesen, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- 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.