

## Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif

# FlexMed Zahnersatz Premium

## 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 Tariffreihe FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I), gültig ab 03.2023. Sie ergänzen und ändern die AVB Teil I im nachfolgenden Umfang.

### Ergänzungsversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

A. Leistung des Versicherers	
<b>1. Leistungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz, Kronen und Inlays</b>	
Erstattung der Aufwendungen <b>jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV).</b>	
<b>85%</b>	der Aufwendungen bei zahnärztlicher Versorgung für <ul style="list-style-type: none"> <li>a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen)</li> <li>b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays.</li> </ul>
<b>90%</b>	der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bei zahnärztlicher Versorgung, wenn der Nachweis (z. B. durch ein Bonusheft) erbracht wird, dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte.
<b>100%</b>	der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).
<b>2. Leistungen für medizinisch notwendigen Kieferorthopädie (KfO)</b>	
<b>90%</b>	der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung von versicherten Personen, <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>b) Wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.</li> </ul>

B. Begrenzung der Leistungen	
<b>1. Zahnstaffel*</b>	
Die Leistungen des Versicherers gemäß A. sind in den ersten vier Versicherungsjahren insgesamt wie folgt begrenzt:	
1. Jahr	1.000 €
1. – 2. Jahr	2.000 €
1. – 3. Jahr	3.000 €
1. – 4. Jahr	4.500 €
Die jeweiligen Behandlungsdaten sind für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich. Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.	
<b>2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung</b>	
Werden Leistungen nach A1 und A2 von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet.	

### 3. Vorleistung der GKV

Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV 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.

### 4. Wartezeiten

Die Wartezeit für Personen nach D.2. beträgt sechs Monate- gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt bei Unfällen.

## C. 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.

## D. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

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 03.2023

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

### Welche Aufwände zahlen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stützabutten, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, die im Rahmen der oben genannten Zahnersatzmaßnahmen anfallen.
- 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.

### \*Vertragliche Sonderregelung im Gruppenvertrag:

Die Zahnstaffel entfällt für die Dauer der Zugehörigkeit zum Gruppenvertrag.