

# Vertragsgrundlage 530

## ZPRO-N

### für zahnärztliche Heilbehandlung mit Leistungssteigerungen bei durchgeführter Prophylaxe

### Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif	
Tarif/Klasse	ZPRO-N
<p><b>A. Leistungen des Versicherers</b></p> <p><b>1. Erstattung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zahnärztliche Behandlung (Honorar)</li>   <li>- Zahnersatz und Kieferregulierungen (Honorar)</li> </ul> <p><b>2. Erstattung von Material- und Laborkosten</b></p> <p><b>3. Zahnärztliche Individualprophylaxe</b></p> <p><b>4. Serviceleistungen</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>100%</b></p> <p>der Kosten für ambulante zahnärztliche Behandlungen einschließlich verordneter Medikamente und Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten zahnärztlichen Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.</p> <p style="text-align: center;"><b>60%</b></p> <p>der Kosten im ersten Versicherungsjahr für medizinisch notwendige ambulante Zahnersatzmaßnahmen sowie für kieferorthopädische Behandlungen. <b>Der Erstattungssatz steigt für das jeweils nächste Versicherungsjahr um 5 Prozentpunkte auf 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95 bis maximal 100%, wenn für die entsprechenden Jahre je eine abgeschlossene Prophylaxe-Durchführung (s. A. 3.) nachgewiesen wird.</b></p> <p>Wird für ein oder mehrere Jahr(e) <b>keine Prophylaxe</b> nachgewiesen, <b>vermindert sich der Erstattungssatz pro Jahr ab dem jeweils nächsten Jahr um je 5 Prozentpunkte bis auf den Basis-Erstattungssatz von 60%.</b></p> <p>Die Erstattung ist während der Vertragslaufzeit auf insgesamt 4 Implantate oder Teleskop-Kronen begrenzt (s. a. Abschnitt B.).</p> <p>Für die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Zahnersatz-Maßnahmen gelten die jeweiligen Erstattungssätze für die zahnärztlichen Honorare (s. A. 1.) und die Inhalte und Höchstsätze der Sachkostenliste I.</p> <p>Folgende Kosten für zahnärztliche Individualprophylaxe, deren Inhalte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die AXA Krankenversicherung empfehlen, werden zu <b>100%</b> erstattet:</p> <p><b>Erwachsene (ab 20 Jahre):</b></p> <p><b>im ersten Jahr der Durchführung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 1000)</li> <li>1 x Test auf Streptococcus mutans, Lactobazillus und Speichelpufferkapazität mit den geeigneten Diagnostica (GOÄ 3712, 3714, 3715, 4531, 4538)</li> <li>2 x Fluoridierung (GOZ 1020)</li> <li>1 x Mundschleimhautbehandlung (GOZ 4020)</li> <li>2 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010)</li> <li>1 x Zahnsteinentfernung mit Kontrolle und Nachreinigen einschließlich Polieren (GOZ 4050, 4055, 4060)</li> </ul> <p><b>je Folgejahr:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010)</li> <li>1 x Zahnsteinentfernung mit Kontrolle und Nachreinigen einschließlich Polieren (GOZ 4050, 4055, 4060)</li> </ul> <p><b>Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre):</b></p> <p><b>Alter bis 6 Jahre, je Versicherungsjahr:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 1000)</li> </ul> <p><b>Alter 7 - 19 Jahre, je Versicherungsjahr:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 1000)</li> <li>2 x Fluoridierung (GOZ 1020)</li> <li>1 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010)</li> </ul> <p>Fissurenversiegelung, auch Glattflächenversiegelung, einmalig pro Zahn nach Durchbruch der ersten bleibenden Seitenzähne (Molaren und Prämolaren) (GOZ 2000)</p> <p><b>zusätzlich einmalig im 14. Lebensjahr:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 x Test auf Streptococcus mutans, Lactobazillus und Speichelpufferkapazität mit den geeigneten Diagnostica (GOÄ 3712, 3714, 3715, 4531, 4538)</li> </ul> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p><b>B. Leistungsbegrenzungen und Definitionen</b></p>	<p>In den ersten Versicherungsjahren werden für Behandlungen nach A. 1. bis A. 3.</p> <p><b>Rechnungsbeträge bis zu folgenden Obergrenzen anerkannt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro</li> <li>- in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro</li> <li>- in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro</li> <li>- in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro</li> <li>- in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro</li> </ul> <p>Die Behandlungsdaten entscheiden über die Zuordnung zu dem betreffenden Versicherungsjahr.</p> <p>Bei unfallbedingten Behandlungen entfällt die Begrenzung.</p>

	<p>Als <b>Zahnersatz</b> im Sinne des Versicherungsschutzes gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen</li> <li>- Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt</li> <li>- implantologische Leistungen</li> <li>- funktionsanalytische Leistungen im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme</li> <li>- funktionstherapeutische Leistungen.</li> </ul> <p>Im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen ist die Erstattung während der Vertragslaufzeit auf insgesamt 4 Implantate <b>oder</b> Teleskop-Kronen begrenzt.</p> <p>Kosten für <b>kieferorthopädische Behandlungen</b> sind erstattungsfähig, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Versicherten geplant und begonnen wurde oder ein Unfall Anlaß für die Behandlung ist.</p>
<p>C. Kostenvoranschlag für Zahnersatz, Inlays oder kieferorthopädische Heilbehandlungen</p>	<p><b>Rechtzeitig vor Beginn</b> von Maßnahmen für <b>Zahnersatz, Inlays oder Kieferregulierung</b> ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen <b>einschließlich</b> detaillierter Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, den vertraglichen Leistungsumfang kurzfristig verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn <b>nicht</b> vorgelegt, so <b>ermäßigt sich die Leistungsquote um 50%</b> gegenüber der normalen tariflichen Leistung (s. A. 1. und A. 2.).</p>
<p>D. Prophylaxe-Nachweise</p>	<p>Damit Erhöhungen des Erstattungssatzes ab dem 01.01. des Folgejahres wirksam werden können, sind dem Versicherer Nachweise oder Rechnungen über Individual-Prophylaxe bis zum 31.12. des Jahres der Durchführung einzureichen.</p>
<p>E. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen <b>ohne erneute Gesundheitsprüfung</b> und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung 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><b>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;</li> <li>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.</li> <li>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag;</li> <li>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind);</li> <li>e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit;</li> <li>f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.</li> <li>g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet;</li> <li>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.</li> </ol> <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</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> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</li> </ol>

	<p>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.</p> <p>c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
F. Versicherungsfähigkeit	<p>Der Tarif ZPRO-N kann nur als Ergänzung zu einer der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen werden. Mit dem Ende der Hauptversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif ZPRO-N.</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 2009)

Gültig ab 01/2012

**Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif ZPRO-N**  
**Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

**Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?**

Nicht enthalten sind zum Beispiel:

- rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen
- Austausch von Amalgam, ohne daß dies medizinisch notwendig wäre.

**Was ist im Versicherungsfall zu beachten?**

- Damit Sie nicht in Vorleistung treten müssen, können Sie uns auch Rechnungen einreichen, die Sie noch nicht bezahlt haben.
- Bitte reichen Sie uns immer die Originalrechnungen des Zahnarztes oder des Labors ein.

- Bei Zahnersatz werden nicht nur die Material- und Laborkosten in Höhe des erreichten tariflichen Vomhundertsatz (60% bis max. 100%) erstattet, sondern ebenfalls das Honorar des Zahnarztes.

Der jeweilige Erstattungssatz gilt also auch für alle 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, Paradontosemaßnahmen, Inlays inklusive der dazugehörigen Material- und Laborkosten.

Arzneimittel und funktionsanalytische Leistungen werden abhängig davon, ob sie im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung oder Zahnersatzmaßnahme anfallen, entsprechend dem jeweiligen tariflichen Vomhundertsatz erstattet.

- Bei Zahnersatz (z. B. Überkronungen, Brücken, Prothesen, Implantate) oder Kieferorthopädie gilt: Bitte schicken Sie uns rechtzeitig vor dem Behandlungstermin einen
  - Heil- und Kostenplan des Zahnarztes und
  - den Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors über Material- und Laborkosten.

Anschließend teilen wir Ihnen gerne mit, welche Leistungen Sie zu erwarten haben und wie hoch Ihr eventueller Eigenanteil ist. Kosten, die für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw. des Kostenvoranschlages entstehen, übernehmen wir im Rahmen des Tarifes.

**Was ist eine Zahnstaffel und wie sieht diese im Tarif ZPRO-N aus?**

Der Tarif ZPRO-N sieht eine Zahnstaffel vor. Eine Zahnstaffel bedeutet, daß in den ersten fünf Versicherungsjahren ein Rechnungsbetrag von maximal 6.391,15 Euro anerkannt wird.

Übrigens, im ersten Versicherungsjahr beträgt der Höchstbetrag auch dann 1.278,23 Euro, wenn Ihr Versicherungsschutz erst nach dem 1. Januar begonnen hat.

Sollten Sie den jährlichen Höchstbetrag einmal nicht ausschöpfen, so erhöht sich der Höchstbetrag für das Folgejahr automatisch. Innerhalb der anzuerkennenden Rechnungsbeträge von 6.391,15 Euro wird auch in den ersten fünf Versicherungsjahren so geleistet, wie es der Tarif ZPRO-N grundsätzlich vorsieht. Kosten, die darüber hinausgehen, müssen Sie als Eigenanteil selbst tragen.

**Ein Beispiel für die Abrechnung:**

**1. Versicherungsjahr:**

Sie reichen eine Rechnung für Zahnersatz über 1.000,- Euro ein und bekommen laut dem Tarif ZPRO-N (60% von 1.000,- Euro) 600,- Euro erstattet.

**2. Versicherungsjahr:**

Da wir für das erste Versicherungsjahr einen Rechnungsbetrag bis zu 1.278,23 Euro hätten anerkennen können, erhöht sich die Grenze für das zweite Versicherungsjahr um 278,23 Euro auf 1.556,46 Euro.

**Durch Zahnprophylaxe erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz - und das bereits im 2. Jahr**

Der Tarif ZPRO-N sieht bereits für das 1. Versicherungsjahr Prophylaxemaßnahmen vor. Wird Zahnprophylaxe regelmäßig durchgeführt, erhöht sich die Erstattung für Zahnersatz um jährlich 5 Prozentpunkte. Ihr Eigenanteil für Zahnersatz wird dadurch von Jahr zu Jahr geringer. Der niedrigste Erstattungssatz für Zahnersatz in diesem Tarif beträgt 60%, der höchste 100%.

Für das erste Jahr, in dem Sie Zahnprophylaxe durchführen lassen, reichen in der Regel drei Zahnarztbesuche aus. Dann haben Sie bereits im 2. Jahr einen höheren Versicherungsschutz (65%). Für die Folgejahre sind zwei Besuche im Jahr ausreichend. Bitte schicken Sie uns bis zum 31.12. des jeweiligen Jahres den vom Zahnarzt abgestempelten Prophylaxenachweis zu.

Haben Sie einmal 100% erreicht, dann ist Ihnen dieser hohe Erstattungssatz solange garantiert, wie sie jährlich Prophylaxe durchführen lassen. Werden keine Prophylaxemaßnahmen durchgeführt, verringert sich im Folgejahr der Erstattungssatz um 5 Prozentpunkte. Anfang des Folgejahres erhalten Sie immer eine Mitteilung über Ihren neuen Erstattungssatz.

**Zahnprophylaxe bei Neugeborenen und Kleinkindern:**

Bei Neugeborenen und Kleinkindern wird in der Regel keine Zahnprophylaxe durchgeführt. Ab einem Alter von 3 bis 6 Jahren sind Grunduntersuchungen und Instruktionen zur Zahnpflege denkbar. Sprechen Sie mit Ihrem Zahnarzt, wann Prophylaxemaßnahmen bei Ihrem Kind sinnvoll sind. Erst dann kann auch für Ihr Kind der Erstattungssatz durch regelmäßige Prophylaxe steigen.

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

Der tarifliche Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.

Verlegen Sie jedoch Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) - derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an - haben Sie Versicherungsschutz, ohne dass eine Begrenzung auf die in Deutschland üblichen Kosten erfolgt. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn Sie länger als 6 Monate im Ausland sind.

In Staaten außerhalb des EWR haben Sie für Aufenthalte mit einer Gesamtdauer bis zu sechs Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

In beiden Fällen haben Sie die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz bei uns fortzuführen, egal wie lange Ihr Auslandsaufenthalt dauert. Hierzu ist es aber unbedingt erforderlich, dass Sie vor Ablauf von sechs Monaten bei uns einen schriftlichen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes stellen. Wir garantieren Ihnen, dass wir mit Ihnen eine besondere Vereinbarung treffen, die Ihren Versicherungsschutz aufrechterhält, sofern Ihr Antrag fristgerecht bei uns eingeht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen.

Bitte versäumen Sie bei längeren Auslandsaufenthalten bzw. bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein Land der EU oder des EWR keinesfalls, den Antrag auf Fortführung frühzeitig, auf jeden Fall aber

fristgerecht zu stellen. Nach Ablauf von sechs Monaten - die Zeiten mehrerer Auslandsaufenthaltes innerhalb eines Jahres werden addiert, wenn die Auslandsaufenthalte in einem direkten Zusammenhang zueinander stehen (z. B. falls Sie einen langfristigen Auslandsaufenthalt durch einen Heimaturlaub in Deutschland unterbrechen) - besteht ohne Vereinbarung kein Versicherungsschutz mehr!

Der gesamte Versicherungsvertrag endet in diesem Fall zum Ablauf des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes.

Falls Sie sich ins Ausland begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, gilt für Staaten, die nicht dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehören, folgendes:

Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland im Vergleich zu den Kosten, wie diese in Deutschland entstanden wären, haben Sie selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.

Bitte nennen Sie uns vor Reiseantritt, spätestens aber zu Beginn des dritten Monats des Auslandsaufenthaltes eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift, um sicherzustellen, dass wir Sie auch während des Auslandsaufenthaltes schriftlich erreichen können; die zusätzliche Nennung einer Telefon oder Fax-Nummer bzw. einer E-Mail-Adresse ist hilfreich. Treffen Sie auch Vorsorge dafür, dass die Beiträge zu Ihrer Krankenversicherung regelmäßig von uns abgebucht werden können bzw. bei uns eingehen.

#### **Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009**

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.