

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag,
- dem Versicherungsschein und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahn-Zusatzversicherung für gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind medizinisch notwendige kieferorthopädische Maßnahmen, Zahnerhalt- und Zahnersatzmaßnahmen sowie zahnmedizinische Individualprophylaxe und Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie.
- ✓ Kieferorthopädische Maßnahmen:
Sie erhalten 50 Prozent der nach Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Erstattungen Dritter verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen. Sie erhalten 75 Prozent statt 50 Prozent, wenn in den ersten vier Versicherungsjahren keine kieferorthopädische Maßnahme durchgeführt wurde oder begonnen hat.
Leistet die GKV nicht, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen bis höchstens 250 Euro je Versicherungsjahr.
- ✓ Zahnersatz-, Zahnerhaltmaßnahmen, Individualprophylaxe und Schmerzausschaltung:
Sie erhalten 100 Prozent der nach Abzug etwaiger Leistungen durch die GKV und Dritter verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der GKV und weiterer Versicherer 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Kieferorthopädische Maßnahmen, wenn die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat.
- ✗ Der von Ihnen zu tragende Versichertenanteil einer kieferorthopädischen Maßnahme. Diesen erhalten Sie nach planmäßiger Beendigung der kieferorthopädischen Maßnahme von der Krankenkasse zurückerstattet.
- ✗ Bei Vertragsschluss oder vor Versicherungsbeginn bereits angeratene oder begonnene zahnersetzende und zahnerhaltende Behandlungen.
- ✗ Bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Innerhalb der ersten vier Jahre ist die Versicherungsleistung (ausgenommen Leistungen für Kieferorthopädie) beschränkt. Die maximale Gesamtleistung beträgt je versicherter Person:
 - im ersten Versicherungsjahr höchstens 500 Euro;
 - in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 Euro;
 - in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.500 Euro;
 - in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 2.000 Euro.
- ! Zahnmaßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesem Fall wird unsere Leistung auf den angemessenen Betrag herabgesetzt.
- ! Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland und in den anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) sowie bei vorübergehenden Aufenthalten in der Schweiz. In Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz. Wir sind bei Heilbehandlungen im Ausland nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Reichen Sie sämtliche Rechnungen und Belege mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse ein.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von der versicherten Person. Diese ist verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.



Wann und wie zahle ich?

Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu bezahlen. Der erste Beitrag ist sofort nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge sind, je nach Zahlungsweise, zu Beginn des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Wann der Versicherungsschutz beginnt, entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.

Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie 21 Jahre alt wird.

Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet.

Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Sie können nach Ablauf der Mindestvertragsdauer ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.