

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZahnPRIVAT. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/VT und dem Tarif ZahnPRIVAT sowie dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen bei zahnärztlichen Leistungen.



Was ist versichert?

- ✓ Zahnbehandlung
- ✓ Zahnersatz
- ✓ Zahnprophylaxe
- ✓ Nur im Tarif ZahnPRIVAT Premium: Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 19. Lebensjahres



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Kieferorthopädie in den Tarifen ZahnPRIVAT Kompakt und ZahnPRIVAT Optimal
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VT), insbesondere in § 5 AVB/VT.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welche Tarifstufe (Kompakt, Optimal oder Premium) vereinbart wurde.
- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbeschränkungen.
- ! Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung.
- ! Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsaufenthalten von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz ohne weiteres auch weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats bezahlt werden kann. Die Raten sind monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge werden idealerweise per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt. Die Beiträge können auch auf das in der Police angegebene Konto überwiesen werden.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt. Dieser ist im Versicherungsschein ausgewiesen.
- Wartezeiten gibt es in diesem Tarif keine.
- Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich lebenslang. Diese Versicherung ist weder befristet noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet jedoch
 - o wenn die Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet.
 - o bei Wegzug der versicherten Person in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren kann der Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen. Kündigen Sie nicht nur für sich selbst, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie die Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.

I. Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen (§1 VVG-InfoV)

1. Informationen zum Versicherer

Versicherungsunternehmen	BK - Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft Handelsregister: AG München HRB 111 650 Ust. Ident. Nr. DE138118055
Ladungsfähige Anschrift des Versicherers	Maximilianstraße 53 81537 München Telefon: (089) 2160-8888 www.versicherungskammer-bayern.de, service@vkb.de <i>Vorstand:</i> Isabella Martorell Naßl (Vorsitzende), Martin Fleischer, Katharina Jessel <i>Vorsitzender des Aufsichtsrats:</i> Andreas Kolb
Hauptgeschäftstätigkeit	Der Schwerpunkt unserer Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung auf der Basis privatrechtlicher, schuldrechtlicher Verträge.
Gesetzlicher Garantiefonds	Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Unser Unternehmen gehört dem Sicherungsfonds an.

2. Informationen zur angebotenen Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen	Diesem Versicherungsvertrag liegen, je nach dem von Ihnen gewählten Tarif, die Tarifbedingungen (Bezeichnung entspricht dem Tarifnamen) und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu Grunde: AVB/VT : - ZahnPRIVAT Premium
Versicherungsart	Die nachfolgenden Informationen geben Ihnen eine Übersicht zu folgenden von Ihnen gewünschten Versicherungsprodukten: - Zusatzversicherung Die Zusatzversicherung ist eine private Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Sie deckt Kosten ab, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht oder nicht mehr übernommen werden.
Versicherte Leistungen und ausgeschlossene Risiken	Im Nachfolgenden stellen wir Ihnen in einer kurzen Übersicht die Leistungen der gewünschten Tarife vor:

ZahnPRIVAT Premium Der Tarif leistet für:

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz

- Parodontosebehandlung (z. B. auch mittels Periochip)
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen)
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlays und Onlays
- Zahnersatz (Kronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen, Veneers sowie Implantate)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung, Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumetomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.
- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.
- Heil- und Kostenplan

Die nach Leistungen der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % erstattet.

2. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- professionelle Zahnreinigung und Kontrolle,
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges,
- lokale Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/-behandlung,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren, soweit diese Behandlung nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme erfolgt
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % aus maximal 120 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

3. Kieferorthopädie

Versicherungsschutz besteht, unabhängig von der vorliegenden kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG), sofern die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird, für

- medizinisch notwendige Maßnahmen sowie für darüber hinausgehende Mehrleistungen (z. B. besondere Brackets und / oder Bögen, Lingualtechnik usw.)
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (z. B. Bracketumfeldversiegelung und Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumetomografie),
- Heil- und Kostenplan

Unabhängig vom Alter besteht auch Versicherungsschutz wenn eine kieferorthopädische Behandlung durch einen Unfall erforderlich wird, der nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Von den erstattungsfähigen Aufwendungen wird die tatsächliche Leistung der GKV abgezogen. Der verbleibende Betrag wird zu 90 % aus maximal 4.000 Euro erbracht (d. h. erstattet werden bis zu maximal 3.600 Euro) in der gesamten Tariffahrtzeit.

4. Erstattungsbegrenzung in den ersten vier Kalenderjahren

Die Leistungen nach Ziffer 1 (Zahnbehandlung und Zahnersatz) und Ziffer 3 (Kieferorthopädie) zusammen sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % erstattet:

- im ersten Kalenderjahr aus maximal 1.000 Euro,
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen aus maximal 3.000 Euro,
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen aus maximal 6.000 Euro,
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen aus maximal 9.000 Euro.

Zur Berechnung des Erstattungsbetrages werden die erstattungsfähigen Aufwendungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet. Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

Für den Tarif gelten keine Wartezeiten.

Hinweis: Für die Tarife werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb ist ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine Person das 20., 30., 40., 50., bzw. 60. Lebensjahr vollendet, der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 30, 40, 50 bzw. 60 zu zahlen.

Beitragstabelle für die Einzelversicherung (Stand 01.05.2022)

Alter	Euro	
0 -19 J	17,87	
20-29 J	15,86	
30-39 J	25,92	zzgl. 8,60 EUR mtl. je fehlendem Zahn
40-49 J	42,08	
50-59 J	57,91	
ab 60 J	74,78	

Die tatsächlichen Beiträge können z. B. durch Beitragsanpassungen, Gruppenverträge oder

Tarife ZahnPRIVAT

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2016, SAP-Nr.: 335504, 04.2016

Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

Die Tarife **ZahnPRIVAT Premium**, ZahnPRIVAT Optimal und ZahnPRIVAT Kompakt leisten für Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung und Zahnersatz zu unterschiedlichen Erstattungssätzen, ZahnPRIVAT Premium leistet auch für kieferorthopädische Behandlungen.

Tarif	Zahnbehand- lung/ Zahnersatz	Zahnprophylaxe pro Jahr	Kieferorthopädi- sche Behandlung
ZahnPRIVAT Premium	90 %	90 % aus max. 120 Euro	90 %
ZahnPRIVAT Optimal	70 %	70 % aus max. 120 Euro	keine
ZahnPRIVAT Kompakt	50 %	50 % aus max. 120 Euro	keine

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet.

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen erstattungsfähig:

- Parodontosebehandlung (z.B. auch mittels Periochip)
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen)
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlays und Onlays
- Zahnersatz (Kronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen, Veneers sowie Implantate)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z.B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung, Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.
- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden
- Heil- und Kostenplan.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:

aus **Tarif ZahnPRIVAT Premium** zu 90 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

Abweichender Erstattungssatz im Rahmen der Regelversorgung:

Eine Erstattung erfolgt zu 100 % reduziert um die Leistung der GKV Voraussetzung dafür ist, dass

- die Maßnahme von der GKV bezuschusst wird und ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 1 SGB V erfolgt und dass
- die Gesamtmaßnahme keine privat Zahnärztlichen Teile bzw. nach der GOZ berechneten Vergütungsbestandteile aufweist.

Für alle Leistungsbestandteile für Zahnersatz und Zahnbehandlung gelten in den ersten vier Jahren die unter Ziffer 4. genannten Erstattungsgrenzen.

2. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für:

- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
- professionelle Zahnreinigung und Kontrolle
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges
- lokale Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/-behandlung
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren, soweit diese Behandlung nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme erfolgt
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz aus maximal 120 Euro pro Kalenderjahr erstattet:

aus **Tarif ZahnPRIVAT Premium** zu 90 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

3. Kieferorthopädie

Eine kieferorthopädische Leistung erfolgt ausschließlich aus Tarif ZahnPRIVAT Premium. In den Tarifen ZahnPRIVAT Optimal bzw. ZahnPRIVAT Kompakt ist die Kieferorthopädie nicht versichert.

Versicherungsschutz besteht, unabhängig von der vorliegenden kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG), sofern die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird, für:

- medizinisch notwendige Maßnahmen sowie für darüber hinausgehende Mehrleistungen (z.B. besondere Brackets und / oder Bögen, Lingualtechnik usw.)
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (z. B. Bracketumfeldversiegelung und Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie)
- den Heil- und Kostenplan.

Unabhängig vom Alter besteht auch Versicherungsschutz, wenn eine kieferorthopädische Behandlung durch einen Unfall erforderlich wird, der nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % aus maximal 4.000 Euro erbracht (d.h. erstattet werden bis zu max. 3.600 Euro) in der gesamten Tariflaufzeit.

Nicht erstattungsfähig sind:

- der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Absatz 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird sowie
- ein mit der Gesetzlichen Krankenkasse vereinbarter Selbstbehalt (Wahltarif).

4. Erstattungsbegrenzung in den ersten vier Kalenderjahren

Die Leistungen nach Ziffer 1 (Zahnbehandlung und Zahnersatz) und 3 (Kieferorthopädie) zusammen sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:

- im ersten Kalenderjahr aus maximal 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen aus maximal 3.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen aus maximal 6.000 Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen aus maximal 9.000 Euro.

Zur Berechnung des Erstattungsbetrages werden die erstattungsfähigen Aufwendungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet. Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Grundsätzen entsprechen.
2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.
Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, leistet der Tarif zum versicherten Prozentsatz.
3. Bei Wahl der Kostenerstattung mit der GKV sind die Rechnungen zusammen mit dem Erstattungsvermerk und dem Abrechnungsschreiben der GKV einzureichen. Aus dem Abrechnungsschreiben der GKV müssen sich deren Einzelleistungen (Erstattungsbetrag, Selbstbehalt, Verwaltungsgebühren und sonstige Abzugsbeträge) ergeben.
Abschläge aufgrund der Wahl der Kostenerstattung (Verwaltungsgebühren oder sonstige Abzugsbeträge) nach § 13 Absatz 1 SGB V sowie mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte sind nicht erstattungsfähig.
4. Der Versicherungsschutz umfasst auch die jeweils anfallenden Laborarbeiten und Materialkosten.
5. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für die Tarife werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 30., 40., 50. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 30, 40, 50 bzw. 60 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung in den Tarifen ZahnPRIVAT Premium, ZahnPRIVAT Optimal und ZahnPRIVAT Kompakt endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.
3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	5. Sozialgesetzbuch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag