

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: KombiMed Zahn Tarife KDT, KDT50/85, KDBE, KDBS

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 bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot,
- dem Versicherungsschein bzw. -ausweis und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- in der Gruppenversicherung dem Gruppenversicherungsvertrag.

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei Krankheiten und Unfällen sowie – in Tarif KDBE und KDBS – bei professioneller Zahnreinigung.

Wir ersetzen Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Heilbehandlung bzw. professionelle Zahnreinigung:

Tarif KDT

- ✓ Verdopplung des Festzuschusses der GKV bei Zahnkronen und Zahnersatz.

Tarif KDT50

- ✓ Zahnkronen, Zahnersatz, Implantate, Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen: 50 % inklusive Leistung der GKV.
- ✓ bei kooperierenden Zahnärzten: Erhöhung auf 55 % inklusive GKV-Leistung.

Tarif KDT85

- ✓ Zahnkronen, Zahnersatz, Implantate, Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen: 85 % inklusive Leistung der GKV.
- ✓ bei kooperierenden Zahnärzten: Erhöhung auf 90 % inklusive GKV-Leistung.

Tarif KDBE

- ✓ professionelle Zahnreinigung: 2-mal pro Jahr, maximal 75 Euro je PZR.
- ✓ bei kooperierenden Zahnärzten: Erhöhung auf maximal 100 Euro je PZR.
- ✓ Wurzel- und Parodontalbehandlung, soweit keine Leistung durch die GKV erfolgt: 100 %.
- ✓ Kieferorthopädie (bei Behandlungsbeginn bis zum 18. Lebensjahr) maximal 1.500 Euro je Versicherungsfall.

Tarif KDBS

- ✓ professionelle Zahnreinigung: 1-mal pro Jahr, maximal 70 Euro.
- ✓ Wurzel- und Parodontalbehandlung, soweit keine Leistung durch die GKV erfolgt: 75 %.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Bei Tarif KDT: Die erstmalige Versorgung von bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden, nicht ersetzten Zähnen mit provisorischem wie auch endgültigem Zahnersatz.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Keine Leistung für Aufwendungen, die während der Wartezeit angefallen sind (gilt – außer für Tarif KDT – nicht in der Gruppenversicherung).
- ! Bei den Tarifen KDT50/85 in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzte Erstattung. Hierbei werden Versicherungszeiten in gleichartigen DKV-Zahntarifen angerechnet.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - bei Aufhalten im Ausland.
 - bei Verletzung von Obliegenheiten.
 - bei einem Beitragsrückstand.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz haben Sie ebenfalls Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen die im Antrag oder zusätzlich in Textform (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von Ihnen bzw. der versicherten Person. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die Leistungen des jeweiligen Tarifs bestehen.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. -ausweises zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen. Bei der Gruppenversicherung gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. -ausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, bei der Gruppenversicherung nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ablauf der Wartezeit.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Die Versicherung endet u. a. bei

- Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV,
- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Bei der Gruppenversicherung gibt es keine Mindestversicherungsdauer.

Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

Die Punkte gelten entsprechend, wenn Sie sich von der Teilnahme an einem Gruppenversicherungsvertrag abmelden.