Vertragsgrundlage 557
Tarifbedingungen (AVB Teil II) für Tarif Zahn easy

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Zahnzusatzversicherungen (AVB Teil I) und ist nach Art der Schaden kalkuliert.

A. Allgemeine Regelungen

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif Zahn easy sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn die Mitgliedschaft in der GKV entfällt. Der Entfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit endet auch die Versicherung im Tarif **Zahn easy**.

Heilfürsorge

Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge sind Mitgliedern der GKV gleichgestellt und dementsprechend versicherungsfähig. Alle weiteren Regelungen dieses Tarifs mit Bezug zur GKV gelten ebenfalls analog für die Heilfürsorge.

Vorleistung

Der Tarif **Zahn easy** ergänzt die Leistungen der GKV bzw. der Heilfürsorge, die stets vorrangig in Anspruch zu nehmen sind. Besteht ein Anspruch auf Leistungen aus einer GKV bzw. der Heilfürsorge, erfolgt eine Leistung aus diesem Tarif nur für den Teil der Aufwendungen, der nach Abzug der Vorleistungen verbleibt. Als Vorleistung gelten auch Selbstbehalte, welche der Versicherte mit der GKV vereinbart hat. Vorleistungen sind dem Versicherer für die Leistungsbearbeitung und Erstattung der eingereichten Belege nachzuweisen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung gegebenenfalls der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

B. Leistungen des Versicherers

Allgemeine Regelung

1. Höchsterstattungsbetrag

Die Gesamtleistung je versicherter Person und je Versicherungsjahr ist begrenzt auf den vereinbarten Höchsterstattungsbetrag. Dieser beträgt **1.000 EUR** und gilt für alle unter B. aufgeführten Leistungen. Wurde der Höchsterstattungsbetrag innerhalb eines Versicherungsjahrs erreicht, erfolgt keine weitere Erstattung. Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.

Erstattungsfähige Leistungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungshöhe
2. Zahnersatz Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Zahnersatzmaßnahmen. Darunter fallen: - **Teilweiser Zahnersatz durch Zahnkronen** einschließlich Vollkronen, Teleskopkronen, Teilkronen wie z.B. Onlays und Overlays - **Vollständiger Zahnersatz** einschließlich Voll- oder Teilprothesen, Brücken inkl. Stiftzähne und implantatgetragener Zahnersatz - **Verblendungen, Lumineers und Veneers (Verblendschalen)** - **Implantologische Leistungen** einschließlich Implantaten, chirurgischer Maßnahmen wie z.B. dem Knochenaufbau (Augmentation) sowie digitale Volumentomographie (DVT) - **Kurz- und Langzeitprovisorien** Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Zahnersatzmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden: - **Reparaturen** - **Funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen** - **Zahntechnischen Leistungen** (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen).	**100%.**
3. Füllungstherapien Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztlich erbrachte Füllungstherapien. Darunter fallen: - Einlagefüllungen (Inlays), auch Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, Aufbaufüllungen - **Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen** - **Zahntechnische Leistungen** (Material und Laborkosten, auch CEREC Behandlungen) - **Kurz- und Langzeitprovisorien**	**100%.**

VQ815 23.01.2026 21015108_(04.26)

4. Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind Aufwendungen bei zahnärztlich erbrachten Leistungen für: - **Wurzelbehandlungen** (Endodontische Behandlungen) wie z.B. Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen und elektrometrische Längenbestimmungen - **Parodontosebehandlungen** einschließlich spezieller Verfahren im Rahmen der Parodontitis-Behandlung wie z.B. der Schleimhauttransplantation oder die Früherkennung durch Bakterien-/DNA-Tests und mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest).	**100%**
5. Aufbissbehelfe und Schienen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen des Kausystems und Kiefergelenke. Unter den Versicherungsschutz fallen: - **Aufbissbehelfe und Schienen** (wie z.B. Knirscherschienen) Erstattungsfähig sind ebenfalls die mit den Aufbissbehelfen und Schienen im direkten Zusammenhang stehenden: Reparaturen, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen, zahntechnischen Leistungen (Material und Laborkosten).	**100%**
6. Laser und Operationsmikroskope Erstattungsfähig sind Zuschläge für die Anwendung eines Lasers und eines Operationsmikroskops.	**100%**
7. Schmerzausschaltung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Vermeidung von Schmerzen. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel: - **Akupunktur** - **Analgo-Sedierung** (z.B. Dämmerschlaf) - **Lachgas-Sedierung** - **Vollnarkose** - **Hypnose** Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn diese unmittelbar mit einer in diesem Tarif erstattungsfähigen **Hauptleistung** erbracht werden.	**100%**
8. Zahnvorsorge / Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten inklusive professioneller Zahnreinigung. Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel: - **Fissuren-Versiegelungen** - **Fluoridierungs-Maßnahmen** - **Professionelle Zahnreinigung (PZR)** (wie z.B. Reinigung der Zahn-Zwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächen-Politur) - **Laborkosten für Prothesenreinigungen** - **Mundhygienestatus-Erstellung und Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen** - **Kontrolle des Übungserfolges** - **Behandlung überempfindlicher Zähne** - Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger - **Zahnsteinentfernung** Die Leistungen der Zahnprophylaxe können auch durch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) erbracht werden.	**100%.** Die Leistung ist dabei auf maximal **100 EUR** innerhalb eines Versicherungsjahres begrenzt.

9. Zahnaufhellung Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulant erbrachte **zahnaufhellende Maßnahmen** (Bleaching). Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.	**100%**. Die Leistung ist dabei auf maximal **100 EUR** innerhalb eines Versicherungsjahres begrenzt.

Anerkannte Leistungserbringer

Leistungen werden von folgenden Behandlern und Leistungserbringern übernommen:

- Niedergelassene Zahnärzte und Ärzte, die nach deutschem Recht approbiert sind
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind (§ 95 SGB V)

Werden Leistungen nach B. von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40% des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet und von der Erstattung des Versicherers abgezogen. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.

Honorar- und Preisgrenzen

Erstattungsfähig sind die Kosten für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die den Regeln der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) entsprechen und abgerechnet werden. Die Erstattung erfolgt bis zum Höchstsatz der GOZ/GOÄ. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.

C. Leistungsbegrenzungen

Höchsterstattungsbetrag für alle Leistungen

Die Leistungen sind in den ersten zwei in diesem Tarif zurückgelegten Versicherungsjahren begrenzt. Dabei ist das jeweilige Behandlungsdatum für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich.
Die nachfolgenden Höchsterstattungsbeträge gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Als Unfall gilt jedoch nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.

Im ersten Versicherungsjahr maximal:	500 EUR
In den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen maximal:	750 EUR

Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

D. Einschränkung der Leistungspflicht

Ergänzend zu § 4 AVB Teil I ist folgendes vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

1. Jede vor Vertragsschluss angeratene oder begonnene zahnärztliche Maßnahme.
2. Die Versorgung von Zahnfehlstellungen oder Kieferanomalien, die bereits vor Vertragsschluss bestanden haben.
3. Die Versorgung aller bereits bei Vertragsschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten Zähne. Dies gilt auch für fehlende Zähne, die mit herausnehmbarem Zahnersatz (Voll- oder Teilprothesen) versorgt sind. Werden fehlende Zähne ersetzt, kann vom Versicherungsnehmer der Nachweis des Zeitpunkts der Extraktion bzw. des Verlustes verlangt werden.

E. Weitere Regelungen

1. Innovations- und Zukunftsgarantie (Anpassung an den medizinischen Fortschritt)

Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden regelmäßig neue zahnmedizinische Behandlungsmethoden und Technologien entwickelt. Im tariflichen Umfang leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die erst in der Zukunft von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden.

2. Wartezeiten

Abweichend von § 5 Abs. 1 AVB Teil 1 besteht eine Wartezeit von drei Monaten.

3. Beitragsberechnung

Abweichend von § 11 Abs. 2 AVB Teil 1 gelten andere Altersklassen für die Beitragsberechnung. Für Personen, die das 40. Lebensjahr vollenden, ist ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres der entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.