Einfache Übersicht

zur Zahnzusatzversicherung
(gemäß Barrierefreiheitsstärkungsgesetz)

Versicherer: DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
Sitz der Gesellschaft: Frankfurt am Main
Handelsregister: Amtsgericht Frankfurt am Main (HRB Nr.: 112118)

Diese Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte unserer Zahnzusatzversicherung bietet Ihnen einen ersten Überblick. Sie ist aber keine vollständige Darstellung des Versicherungsschutzes. Umfassende Informationen zu dem Produkt – sogenannte Vertragsbestimmungen – sind in den Versicherungsunterlagen enthalten. Zu den Vertragsunterlagen zählen die Vertragserklärungen, der Versicherungsschein, zusätzliche Vereinbarungen, Verbraucherinformationen und die Versicherungsbedingungen. Beachten Sie bitte, dass dieser Überblick weder eine Beratung durch Ihre/n Ansprechpartner/in noch ein Lesen der Vertragsbestimmungen ersetzt.

Was ist versichert?
Der DA Direkt Zahnschutz ist eine Zahnzusatzversicherung. Sie besteht aus verschiedenen Absicherungselementen. Zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schützt sie im tariflichen Umfang vor den finanziellen Folgen von zahnärztlichen Behandlungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Heilbehandlungen. Dazu zählen **zahnerhaltende Maßnahmen** (wie z.B. Kunststofffüllungen, Einlagefüllungen (Inlays), Wurzelbehandlungen) und **zahnersetzende Maßnahmen** (wie z.B. Brücken und Kronen mit Verblendungen sowie implantologische Leistungen einschließlich Knochenaufbau und Zahnersatz auf Implantaten (sog. Suprakonstruktionen)).

Desweiteren zählen **zahnmedizinische Vorsorgemaßnahmen** (wie z.B. professionelle Zahnreinigung) zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

In den Tarifen **Premium** und **Premium Plus** werden zusätzlich die Aufwendungen für **kieferorthopädische Maßnahmen** erstattet. Kieferorthopädische Maßnahmen sind Behandlungen, die auf die Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen abzielen.

Die zu den einzelnen Maßnahmen gehörenden **Material- und Laborkosten** sind ebenfalls erstattungsfähig.

Durch die Nutzung der Leistungen von mit uns kooperierenden Netzwerk-Zahnärzten erhöht sich je nach Tarifwahl der Leistungsumfang.

In den ersten vier Versicherungsjahren nach Versicherungsbeginn gelten Leistungsbegrenzungen (jährliche Höchstbeträge). Sie entfallen bei unfallbedingten zahnärztlichen Maßnahmen.

Was ist nicht versichert?
Nicht versichert sind Behandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person bereits vor Vertragsabschluss bekannt war oder die schon vom Zahnarzt empfohlen oder begonnen wurden.

Ebenso nicht versichert ist die Versorgung von Zähnen, die bereits vor Vertragsabschluss fehlten und nicht dauerhaft ersetzt wurden. Milchzähne zählen hierbei nicht als fehlende Zähne.

Es gibt weitere Beschränkungen des Versicherungsschutzes.
Kosten für solche Behandlungen, die im auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, sind nicht versichert. Ebenso sind Maßnahmen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, nicht versichert. In solchen Fällen können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Es gelten Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Versicherungsjahren ab Vertragsbeginn (ausgenommen sind zahnmedizinische Vorsorgemaßnahmen (Zahnprophylaxe) sowie unfallbedingte zahnmedizinische Maßnahmen). Für Behandlungen, bei denen zustehende Leistungen der Gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden, wird eine GKV-Vorleistung in Höhe von 35% angenommen. Dies kommt z.B. vor bei einem Behandler ohne Kassenzulassung.

Es gilt ein Höchstbetrag für kieferorthopädische Maßnahmen, für die die GKV keine Vorleistung erbringt.

Wo bin ich versichert?
Es besteht weltweiter Versicherungsschutz. Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Welche vertraglichen Verpflichtungen habe ich?
Sie müssen die Versicherungsbeiträge rechtzeitig und vollständig zahlen.

Sie sind im Rahmen Ihrer Möglichkeiten verpflichtet, für die Abwendung und Minderung eines drohenden Schadens zu sorgen.

Sie müssen sich von uns die Zustimmung einholen, wenn für die versicherte Person eine weitere Zahnzusatzversicherung abgeschlossen werden soll.

Sie müssen uns unverzüglich darüber informieren, wenn die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV versichert ist.

Soweit es zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, muss sich die versicherte Person durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen lassen; die Kosten tragen wir.

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Dies ist der Versicherungsbeginn.

Beachten Sie bitte, dass der Versicherungsschutz erst beginnt, wenn der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung zugegangen ist und der Erstbeitrag vollständig gezahlt wurde.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Um ihn zu beenden, müssen Sie ihn kündigen.

Kann ich meine Vertragserklärung widerrufen?
Grundsätzlich kann die Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden.

Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; um die Frist einzuhalten genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs innerhalb der Frist.

Wann und wie zahle ich?
Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag.

Er wird durch Lastschriftverfahren von uns von einem deutschen Konto eingezogen. Bitte sorgen Sie für entsprechende Deckung auf Ihrem Konto.

Der Erstbeitrag ist fällig, sobald Sie den Versicherungsschein erhalten haben, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Die Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode fällig und zu bezahlen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?
Sie können den Vertragsteil für die versicherte Person ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats kündigen.

Ausnahme: Für die versicherte Person werden Versicherungsleistungen innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn in Anspruch genommen. In diesen Fällen können Sie frühestens mit Wirksamkeit zum Ende des 24. Monats nach Versicherungsbeginn den Vertrag kündigen.

Wir verzichten auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen.

Jedoch können wir den Vertrag außerordentlich kündigen, wenn Sie z.B. die Folgebeiträge nicht zahlen.